PREFAȚĂ

Henri Ey este relativ puțin cunoscut în țara noastră, deşi una din lucrările sale de bază, *La Conscience*, a fost tradusă în limba română[1].

La treizeci de ani de la moartea lui, constatăm că posteritatea nu i-a acordat locul pe care îl merită. Probabil că, de vină este orientarea psihiatriei contemporane care pune, în primul rând, accentul pe empiric, pozitiv şi pragmatic şi care neglijează rolul teoriei în practica clinică.

Prima operă de teorie (psihopatologie) în psihiatrie nu a dat-o un psihiatru francez, nu au dat-o nici psihiatrii germani Kraepelin sau Bleuler, ci a dat-o un filosof german, numit Karl Jaspers (1913). Această concepție psihopatologică a pus cadrele fundamentale ale disciplinei psihiatrice, reprezentând un fel de dogmă ce a rămas şi astăzi valabilă, nefiind răsturnată nici măcar de psihanaliza lui Freud.

Şcoala franceză de psihiatrie însă, a fost strălucită încă din secolul al XIX-lea, prin Pinel, Esquirol, Falret, Baillarger şi mulți alții, dar capacitatea de a face o sinteză, nu numai a literaturii franceze ci şi a celei germane, a avut-o Henri Ey.

Practica psihiatrică curge, ca în orice specialitate şi un tânăr medic poate face față dacă este un clinician atent şi respectă regulile psihofarmacologiei, dar fără cunoştințe teoretice profunde, el nu va fi decât, aşa cum spunea un elev al lui Henri Ey, profesorul Eduard Pamfil, un simplu artizan. De fapt, un psihiatru (ca şi un psiholog, dealtfel), nu se poate împlini profesional, fără un orizont filosofic şi antropologic, prin care va încerca să dea un răspuns la marile probleme ale disciplinei sale. Aceste mari probleme au fost rezumate de către Henri Ey, într-o lucrare apărută în *Die Psychiatrie der Gegenwart* (1963) sub forma a patru principii: 1. principiul psihologic, sau al normalității; 2. principiul regresiunii psihice în patologie; 3. principiul diferenței între nevroze şi psihoze; 4. principiul care stabileşte substratul organic al bolii psihice.

Când vedem astăzi câte persoane şi câte congrese de psihiatrie încearcă să definească normalitatea psihică, complicând inutil lucrurile, trebuie să facem din nou apel la Henri Ey, pentru că, în opinia mea, numai el a avut viziunea globală asupra psihicului, a raporturilor între conştiință şi personalitate - aspectele sincron şi diacron ale corpului psihic uman.

Din păcate, opera lui Henri Ey a rămas deschisă, în sensul că el nu a mai reuşit să termine ultimul volum de studii psihiatrice, dedicat patologiei personalității.

Elevii săi, constituiți într-un grup organizat în cadrul Asociației pentru fundația Henri Ey de la Perpignan (aproape de locul de naştere al acestui mare psihiatru, franco-catalan), nu au reuşit să ducă mai departe teoria despre dimensiunea diacronă a psihicului (i. e. personalitatea). Atunci când le-am comunicat că eu voi încerca acest lucru, au fost uimiți să afle că Henri Ey este

[1] Lucrarea *La Conscience* a apărut în Franța în două ediții succesive, prima în 1963 şi cea de a doua în 1969, la editura PUF, Paris. În limba română, ambele ediții au fost traduse de Dinu Grama (1983 şi respectiv, 1998) şi au fost publicate la Editura Ştiințifică, Bucureşti.

cunoscut de către psihiatrii români (chiar dacă, aşa cum spuneam şi la început, cu totul insuficient[2]).

De fapt, Henri Ey este cât se poate de actual, pentru că el a prevăzut legătura indisolubilă care există între etajul cerebral, obiect de studiu al neuroştiinţelor (care se bucură astăzi de o evidentă dezvoltare) şi etajul psihic propriu-zis, descris atât de către psihanaliză cât şi de psihologia modernă, de inspiraţie structuralistă şi gestalt-istă.

Aşa că, orice psihiatru sau psiholog care ar dori să ajungă la construcţia completă a propriei profesii, trebuie să plătească un tribut lui Henri Ey şi trebuie să-i parcurgă cu atenţie concepţia teoretică.

Henri Ey reprezintă mult mai mult decât o apariţie istorică, el este un gânditor profund care a putut să corecteze prevalenţa Inconştientului în psihanaliza freudiană şi care a pus bazele unei teorii moderne şi consistente a conştiinţei şi a normalităţii psihice. Putem spune, fără a greşi, că secolul al XXI-lea îl are ca fundament.

Sper ca această monografie să împlinească, din punct de vedere teoretic, psihiatria şi psihologia românească şi, cine ştie, autorul ei să creeze, în viitor, o continuare, pe care eu o văd posibilă, a lui Henri Ey.

Bucureşti, 02. 12. 2006.

Prof. Dr. Aurel ROMILA

---

[2] În fond, nici psihiatria românească, în afara lui E. Pamfil, nu i-a dat mai multă importanţă, decât o simplă enumerare a concepţiei organo-dinamice printre alte concepţii teoretice din psihiatrie.

INTRODUCERE

Această monografie, dedicată gândirii teoretice şi clinice a psihiatrului francez Henri Ey (1900 – 1977), reprezintă o parte semnificativă a tezei noastre de doctorat în medicină, având ca titlu: „Sistemul psihic normal şi patologic în concepţia lui Henri Ey”[3]. Teza reflectă efortul depus, pe o perioadă de câţiva ani, de a pătrunde în esenţa concepţiei teoretice elaborate de către Maestrul de la Bonneval şi de a o reduce la elementele sale, apoi de a o reconstrui ca pe un sistem conceptual integrat şi coerent. Concepţia lui Henri Ey despre sistemul psihic normal şi patologic, a fost apoi pusă în relaţie cu demersul clinic specific al acestei orientări teoretice. Au fost stabilite raporturile complexe între, pe de o parte, fundamentele filosofice ale concepţiei organo-dinamice şi tezele acestei concepţii, iar pe de altă parte, structura procesului de cunoaştere clinică organo-dinamică şi structura foii de observaţie clinice de tip organo-dinamic. Ţinând cont de rezultatele cercetărilor privind informatizarea dosarului medical, a fost elaborată o structură a dosarului clinic psihiatric de tip organo-dinamic, care să fie compatibilă cu cerinţele impuse de implementarea acestuia pe suport electronic.

Lucrarea de faţă va încerca să răspundă la întrebările următoare: care sunt etapele gândirii psihopatologice a lui Henri Ey ? În ce constă, de fapt, concepţia sa teoretică? Care sunt teoriile care o compun şi care sunt fundamentele ontologice şi epistemologice ale acestor teorii? Mai este relevantă concepţia lui Henri Ey în raport cu noile direcţii de cercetare din psihiatria contemporană?

În ceea ce priveşte concepţia teoretică a lui Henri Ey, ea conţine aşa cum vom arăta în analizele noastre, atât o mare teorie psihologică, cât şi o mare teorie psihopatologică. O întrebare fundamentală pe care ne-am pus-o, încă de la început, a fost: **cât de actuală** mai poate fi problematica în jurul căreia se construieşte psihologia psiho-dinamică a lui Henri Ey şi cât de actuală este teoria minţii pe care ea o propune ? De asemenea, pentru psihiatria organo-dinamică ne-am întrebat, **care este actualitatea problematicii** şi a tipului de abordare a patologiei psihice pe care ea îl propune?

Un ajutor extrem de important şi cu totul neaşteptat în lămurirea chestiunii actualităţii operei lui Henri Ey, l-am primit în ianuarie 2006, în cursul întâlnirii pe care am avut-o la Montréal cu profesorul Allan Young, şeful Departamentului de Studii Sociale ale Medicinii din cadrul Universităţii McGill (Montréal, Canada). Profesorul Young se ocupă de mai mulţi ani de studierea, din perspectiva antropologiei medicale moderne, a *producerii cunoaşterii psihiatrice* în clinici şi laboratoare de cercetare ştiinţifice de vârf de pe continentul american (Canada, SUA). Concluzia majoră la care a ajuns specialistul canadian, este că se poate identifica un curent fundamental de gândire în cercetarea psihiatrică contemporană, care se asumă, mai mult sau mai puţin explicit, de la concepţia teoretică neurologică elaborată de către britanicul J. H. Jackson la sfârşitul secolului al XIX-lea şi care

[3] Teza noastră de doctorat se află la biblioteca Universităţii de Medicină şi Farmacie “Carol Davila” din Bucureşti. Susţinerea publică a tezei de doctorat a avut loc pe data de 30 noiembrie 2006.

poate fi numit, pe bună dreptate, *neo-jacksonism*. Acest model teoretic convine destul de mult orientării recente interesate de aplicarea evoluționismului în crearea cadrului general al psihiatriei contemporane. Miza enormă a unei astfel de re-conceptualizări a psihiatriei, constă în faptul că sunt create premisele pentru „re-inventarea minții după direcții evoluționiste" (A. Young 2006: 117). Apare ceea ce Allan Young denumeşte „mintea post-genomică", obiect predilect de reflecție pentru cea de a doua revoluție recentă din psihiatrie, inițiată de dezvoltările din genetica moleculară şi de accesibilitatea tehnologiei de neuroimagistică funcțională (ibidem). De asemenea, sunt create premisele elaborării unui cadru teoretic mult mai adecvat pentru a integra psihopatologia cu neuroştiințele moderne.

Această poziție este susținută şi de psihiatrul italian Benedetto Farina şi colaboratorii săi, într-un articol recent dedicat psihopatologiei neo-jacksoniene a lui Henri Ey: „În particular, noi credem că teoria organo-dinamică a bolii mintale (ODT), aşa cum este ea formulată de autorul său în 1938, poate furniza câteva elemente în implementarea cadrului intelectual pe care psihiatria contemporană caută să-l construiască, pentru a integra psihopatologia cu neuroştiințele şi pentru a depăşi clasica dihotomie carteziană dintre biologie şi psihologie" (B. Farina et al. 2005: 285).

Subliniind faptul că opera lui Henri Ey este încă neglijată de psihiatria contemporană, B. Farina et al. consideră ca fiind fundamentale şi inovatoare pentru psihiatria secolului al XXI-lea, următoarele concepte organo-dinamice: *a) concepția evoluționistă cu privire la dezvoltarea minții şi viziunea „ ierarhic-dinamică" asupra funcțiilor mintale; b) funcția integrativă a minții şi preeminența conştiinței ca vertex al integrării; c) psihopatologia ca expresie a dezintegrării minții* (B. Farina et al. 2005 : 286).

Iată deci că se conturează un răspuns destul de clar şi încurajator în ceea ce priveşte **problema actualității şi relevanței** concepției teoretice elaborate de către Henri Ey, pentru cercetarea şi practica psihiatriei moderne.

În acest context, putem spune că lucrarea noastră se înscrie într-un curent de gândire ce depăşeşte cu mult realitatea, atât la nivel teoretic cât şi la nivel practic, a psihiatriei de la noi din țară. Acest travaliu de pionierat, de a reconsidera importanța teoriei organo-dinamice a lui Henri Ey a fost posibil, în primul rând, prin intuiția extraordinară pe care a avut-o profesorul Aurel Romila, care ne-a propus această temă pentru cercetarea de doctorat şi abia apoi prin efortul nostru de a-i da o susținere conceptuală coerentă şi sistematică.

CAPITOLUL 1
HENRI EY – OMUL ŞI OPERA

HENRI EY, MAESTRUL DE LA BONNEVAL

Henri Ey vede lumina zilei la 10 august 1900 în localitatea franceză Banyuls dels Aspres, din Roussillon (Pirineii orientali) într-o familie catolică de viticultori catalani. Între 1904 –1910 îşi face studiile primare la Céret, apoi studiile secundare între 1911-1917 la colegiul dominican din Sorèze. Studiile medicale le va începe în 1917 la Facultatea de Medicină din Toulouse şi le va continua apoi la Paris (1920), unde va absolvi în 1923, obţinând şi o diplomă în medicină legală. Paralel cu studiile medicale, va frecventa şi cursurile Facultăţii de Filosofie de la Sorbona, de unde va obţine o licenţă în filosofie (1923). Teza sa de doctorat în medicină (1926), purtând titlul „*Glycémie et maladies mentales. Essai critique et contribution expérimentale*" va fi condusă de profesorul Henri Claude. După terminarea studiilor medicale, va lucra în calitate de intern la Hospitaux psychiatriques de la Seine, unde va fi elevul maeştrilor P. Guiraud, A. Marie, Capgras şi H. Claude. Între 1931-1933 va fi numit medic şef de clinică în serviciul lui Henri Claude la Sainte-Anne (Paris). Din 1933 va fi numit medic-şef al Spitalului de psihiatrie de la Bonneval (Eure-et-Loir), într-un serviciu de femei cu 380 de paturi. La Bonneval îşi va trăi tot restul vieţii şi tot aici va desfăşura activitatea sa prodigioasă până în 1970 când se va pensiona. Miercurea va fi singura zi pe săptămână când va părăsi clinica sa din Bonneval, pentru a ţine la Paris, în Spitalul de la Sainte-Anne, renumitul său curs de clinică şi psihopatologie („miercurile de la Sainte-Anne") despre care J. Postel spune că, deşi nerecunoscut de universitate, era „foarte frecventat de studenţii în psihiatrie din perioada 1935-1970" (J. Postel 1998 : 236). Spitalul psihiatric de la Bonneval, care astăzi poartă, în onoarea sa, numele „*Centre Hospitalier Specialisé (CHS) Henri Ey*", va găzdui, între 1942 şi 1970, celebrele colocvii, numite chiar Colocviile de la Bonneval, la care vor participa mari nume ale psihiatriei, neurologiei sau psihanalizei din Franţa. În martie 1945 va ţine un discurs la Facultatea de Medicină din Paris, care va fi publicat în primul său volum de studii psihiatrice (*Étude no. 1*) la editura Desclée de Brouwer (1948). Între 1946-1960 va fi directorul colecţiei „*Bibliothèque Neuro Psychiatrique de langue française*" la editura Desclée de Brouwer din Paris, iar din 1947 va deveni Secretar general al Societăţii şi redactor şef al revistei *L'Évolution Psychiatrique*. Cariera sa internaţională va fi de asemenea, strălucită. În septembrie 1950 în calitate de secretar general, va contribui la organizarea Congresului Internaţional de Psihiatrie de la Paris, care va deveni primul Congres Mondial de Psihiatrie. Henri Ey va rămâne în fruntea Asociaţiei Mondiale de Psihiatrie, ca secretar general, timp de 17 ani, între 1950 şi 1966. În 1971, la cel de al patrulea Congres Mondial din Mexico, Henri Ey va trimite o moţiune care va deveni celebră, prin care „se contesta antipsihiatria şi de asemenea, exploatarea conceptelor, metodelor şi instituţiilor psihiatrice în scopuri de represiune politică (în fosta URSS)" (P. Belzeaux, 2001a). Deşi moţiunea a fost respinsă, a fost creată totuşi o comisie de etică, destinată să investigheze astfel de abuzuri. Ca

urmare a recunoaşterii internaţionale a operei şi a activităţii sale, Henri Ey va primi titlul de *Doctor Honoris Causa* al mai multor universităţi (Montréal, Zurich, Lima, Barcelona), iar în 1972 va fi propus ca expert al OMS pe probleme de sănătate mintală.

În 1969 va face primul infarct de miocard, iar în 1970 se va pensiona, retrăgându-se la Banyuls dels Aspres, slăbit de boala sa cardiacă (P. Belzeaux, 2001b). Tot aici va muri, la data de 8 septembrie 1977.

Henri Ey, despre care A. Tatossian spunea că „a încarnat, dincolo de diferenţele de şcoală, Psihiatria franceză pe o perioadă lungă de cincizeci de ani" (A. Tatossian, 1995), a scris o operă imensă. Au fost inventariate peste 430 de titluri, dintre acestea, cel puţin 15-20 reprezintă lucrări fundamentale în psihiatria secolului al XX-lea, precum ***Hallucinations et délire*** (1934), ***Essai d'application des principes de Jackson à une conception dynamique de la neuropsychiatrie*** (1938 si 1975), cele trei volume de ***Études psychiatriques*** (între 1948 şi 1954), ***Traité de Psychiatrie*** (sub redacţia lui H. Ey) din cadrul *Éncyclopédie Médico-Chirurgicale* (1955), ***Manuel de Psychiatrie*** [în colaborare cu P. Bernard şi Ch. Brisset (prima ediţie în 1960, iar ultima în 1989)], ***La Conscience*** (1963 si 1969), ***Traité des hallucinations*** (1973), ***Naissance de la Médecine*** (1981).

Despre Henri Ey s-a spus că a fost un mare medic, psihiatru şi filosof, un mare clinician (dovadă fiind cele trei volume de Études, tratatul EMC, Manualul), un mare teoretician (concepţia sa *organo-dinamică* a fost considerată, aşa cum aminteam mai înainte ultima mare construcţie teoretică, de sinteză, a psihiatriei secolului al XX-lea). A fost un militant sindical, un luptător neobosit pentru drepturile bolnavilor psihici – Sindicatul spitalelor, Cartea Albă a Psihiatriei din 1965, Moţiunea din 1971 din Mexic etc. – cf. R. M. Palem 1997. În plan teoretic, a fost un luptător împotriva exceselor mecanicismului lui de Clérambault, psihanalizei şi structuralismelor. A luptat împotriva utilizării abuzive a psihiatriei în scopuri represive şi de asemenea, împotriva antipsihiatriei.

ETAPELE GÂNDIRII LUI HENRI EY REFLECTATE ÎN OPERĂ

În general, se spune despre Henri Ey că este autorul care a aplicat teoria lui J. H. Jackson, despre evoluţia şi involuţia funcţiilor sistemului nervos, în psihiatrie şi că a elaborat astfel o teorie neo-jacksoniană în psihopatologie (J. Postel, 1998). De asemenea se arată că, în urma unor procese succesive de elaborare şi re-definire a conceptelor fundamentale, neo-jacksonismul a devenit organo-dinamism – teorie comprehensivă a întregii psihiatrii (J. Garrabé, 1996). Desigur, a prezenta creaţia lui Henri Ey în aceşti termeni nu reprezintă un neadevăr ci numai un adevăr parţial, întrucât opera sa este, de fapt, mult mai complexă şi mai extinsă decât componenta sa strict psihiatrică. Aşa cum vom arăta în lucrarea noastră, se pot identifica în structura concepţiei teoretice elaborate de către Henri Ey pe parcursul întregii sale vieţi, cel puţin două componente teoretice fundamentale, pe care le-am denumit astfel: *concepţia organo-dinamică despre psihiatrie* şi *concepţia psiho-dinamică despre psihologie*. La nivel meta-teoretic însă, aceste teorii sunt aşezate pe două fundamente din afara câmpului disciplinar al psihologiei sau psihopatologiei. Este

vorba de ceea ce noi am denumit bazele filosofice ale concepţiei lui Henri Ey şi unde se disting aspectele ontologice şi epistemologice, separându-le de bazele antropologice ale concepţiei sale, unde de asemenea, am făcut distincţia între o antropologie filosofică şi o teorie ştiinţifică despre om şi umanitate.

ANALIZA OPEREI SCRISE A LUI HENRI EY – REPERE TEMATICE

În ceea ce priveşte etapele gândirii strict psihiatrice a lui Henri Ey, sunt autori care identifică două perioade majore: jacksoniană şi neo-jacksoniană sau organo-dinamică (J. Postel, 1998). Alţi autori separă trei astfel de perioade distincte: bleuleriană, jacksoniană şi organo-dinamică (J. Garrabé, 1996) sau chiar patru, prin adăugarea unei perioade post-organo-dinamice (J. Grignon citat în J. Garrabé 1996). Dacă ne referim însă la ceea ce poate fi reperat în opera scrisă a lui Henri Ey, nu poate fi vorba de o perioadă bleuleriană, întrucât singurul lucru pe care se bazează separarea acestei etape iniţiale în gândirea lui Henri Ey de tot ceea ce va urma, constă de fapt, într-o traducere din limba germană a lucrării lui E. Bleuler (1911), dar nu şi în vreo lucrare publicată de Henri Ey pe această temă. De asemenea, nu credem nici în existenţa unei perioade post-organo-dinamice în opera scrisă a lui Henri Ey, pentru că ea nu apare ca atare în nici unul din textele autorului însuşi (şi ştim bine cât de reflexiv şi sistematic este în ceea ce priveşte opera sa), iar monografiile şi tratatele din ultima parte a vieţii sale sunt scrise în mod clar şi explicit din această perspectivă teoretică. Până şi critica dură adusă susţinătorilor antipsihiatriei, sunt fundamentate tot pornind de la viziunea organo-dinamică despre obiectul şi limitele psihiatriei sau despre realitatea ireductibilă a bolii mintale, înţeleasă ca structură tipică a nivelurilor de disoluţie a funcţiilor psihice.

În urma acestor consideraţii, putem spune că, problema identificării etapelor prin care trece gândirea teoretică a lui Henri Ey se dovedeşte o sarcină dificilă, care nu a fost în mod satisfăcător lămurită până acum. Acest lucru se datorează, în opinia noastră, pe de o parte, complexităţii creaţiei Maestrului de la Bonneval, pe de altă parte, insuficientei analize a operei sale şi a reducerii acesteia la o simplă teorie psihiatrică printre altele, ceea este în mod cert fals, deoarece concepţia sa teoretică se află situată într-un spaţiu interdisciplinar unde, o antropologie, o psihologie şi o psihopatologie, fundamentate de o ontologie şi o epistemologie, pun bazele unei *abordări clinice multidimensionale*, perspectivale şi dinamice. Scopul suprem al demersului teoretic al lui Henri Ey nu este acela de a teoretiza pur şi simplu, ci de a întemeia o practică clinică ştiinţifică în psihiatrie. Practica clinică de zi cu zi este cea care îi solicită teoreticianului să rezolve nenumărate probleme şi să contribuie la înţelegerea şi explicarea faptelor clinice extrem de complexe. În vederea acestui scop suprem, teoreticianul şi epistemologul Henri Ey va examina critic toată gama teoriilor psihopatologice existente. Acest demers îl va caracteriza pe tot parcursul carierei sale, începând cu critica doctrinei automatismului mintal propusă de G. de Clérambault şi terminând cu critica antipsihiatriei.

Mai mult, convins de faptul că istoria medicinii în general şi istoria psihiatriei în special, sunt surse extrem de importante de reflecţie teoretică, Henri Ey

va trece în revistă, pentru fiecare temă pe care o tratează, istoria termenilor, a conceptelor şi a concepţiilor legate de orice problemă luată în studiu. Va adopta şi aici o poziţie critică, respingând alte două maniere de a face istoria medicinii şi anume, maniera anecdotică şi maniera strict descriptivă şi cronologică, îmbrăţişând o manieră epistemologică, mai potrivită atât cu înclinaţiile sale reflexive, cât şi cu interesele sale teoretice (H. Ey, 1981). Această manieră de a face istoria disciplinei sale, deşi corectă în linii generale, a fost criticată la rândul ei, mai ales în ceea ce priveşte cercetarea precursorilor şi folosirea istoriei în susţinerea teoriei proprii. Căutarea precursorilor a fost considerată greşită şi condamnată ca demers general în istoria medicinii, de către G. Canguilhem (1989b), lucru reamintit şi în discuţiile provocate de apariţia lucrării lui G. Lantéri-Laura (1998a) cu privire la principalele paradigme din istoria psihiatriei moderne, de la apariţia acesteia la începutul sec al XIX-lea şi până la sfârşitul secolului al XX-lea. Discuţiile care au avut loc în cadrul forumului Asociaţiei Henri Ey[4] au stârnit interesul psihiatrilor francezi cu atât mai mult cu cât, ultima mare paradigmă din istoria psihiatriei, în opinia lui Lantéri-Laura, se încheiase de fapt cu teoria organo-dinamică a lui Henri Ey, în anul 1977 (anul morţii Maestrului de la Bonneval). Ţinând cont de această miză pe care recuperarea istoriei disciplinei o are pentru gândirea lui Henri Ey, precum şi de interesul său pentru reperarea şi re-semnificarea operelor precursorilor operei sale teoretice, considerăm că putem separa, ca o temă aparte, cercetarea precursorilor şi studierea operelor acestora.

Ca urmare a celor arătate mai sus, vom identifica cel puţin opt perioade semnificative pe care le denumim, în raport cu conţinutul lor tematic: critica mecanicismului în psihiatrie, elaborarea neo-jacksonismului (perioada neo-jacksoniană), critica psiho-dinamismului în special în varianta psihanalizei freudiene, problema raporturilor dintre Neurologie şi Psihiatrie din perspectiva neo-jacksonismului, studiile asupra operelor unor autori consideraţi precursori ai unei teorii organo-dinamice în psihiatrie, elaborarea organo-dinamismului, critica structuralismelor, critica antipsihiatriei.

Am identificat apoi, pe baza cronologiei proprii oferite de Henri Ey (de ex. în H. Ey 1963) precum şi a cronologiei operei sale, elaborată în mod sistematic de către P. Belzeaux (2001a), principalele scrieri care corespund celor opt perioade. Textele reprezentative au fost aranjate într-un tabel, pe care îl prezentăm în această lucrare, cu menţiunea că, am selectat doar operele cu adevărat semnificative, fără a avea intenţia de a fi exhaustivi. Decizia este justificată şi de faptul că am lucrat pe un corpus reprezentat de 20 lucrări majore, nu pe întreaga operă scrisă a lui Henri Ey (430 titluri) aflată în îngrijirea Asociaţiei Henri Ey din Franţa.

Temele pe care le-am identificat în urma analizei noastre, au fost aranjate într-o ordine cronologică. Această ordine este numai aproximativă, întrucât există numeroase suprapuneri în timp a mai multor direcţii de cercetare spre care Henri Ey

---

[4] Cf. Cercle d'Etude Henri Ey de Ste. Anne, 1999. Conférence débat autour du livre du Prof. Georges Lantéri-Laura: „Essai sur les paradigmes de la psychiatrie moderne", Ed. du Temps, Paris, 1998, 286 p., sous la présidence du Dr. Thierry Trémine (Aulnay ss Bois) et Robert-Michel Palem (Perpignan), 27 mars 1999, Centre Hospitalier Ste. Anne, Salle Magnan, Paris.

şi-a îndreptat atenţia şi cu privire la care a scris diverse texte. Ordinea corespunde în mare măsură cu indicaţiile pe care însuşi autorul le oferă cu privire la succesiunea etapelor gândirii sale, aşa cum se reflectă acestea în opera scrisă.

TABEL 1: PERIOADE ŞI TEME MAJORE ÎN OPERA LUI HENRI EY

TEMA	**PERIOADA**	**LUCĂRI PUBLICATE**
1. Critica mecanicismului	1931-1936	*La notion d'automatisme* (1932) *Hallucinations et Délires* (1934)
2. Neo-jacksonismul	1936 -1939	*Essai d'application des principes de Jackson à une conception dynamique de la Neuro-Psychiatrie* (1936) – co-autor Julien Rouart
3. Critica psiho-dinamismului	1939 - 1977	*Réflections sur la valeur scientifique et morale de la psychanalyse* (1939) 3ème Colloque de Bonneval: *Le problème de la psychogenese et Nevroses* (1946) *La Conscience* (1963) 6emeColloque de Bonneval: *L'Inconscient* (1964) *Traité des hallucinations* (1973) *Essai d'application des principes de Jackson à une conception dynamique de la psychiatrie* (1975)
4. Raportul dintre Neurologie şi Psihiatrie	1943 -1947	*Les rapports de la Neurologie et de la Psychiatrie* (1943)
5. Cercetarea precursorilor	1940 –1950; 1976-1977	*La Psychopathologie de Janet et la conception dynamique de la Psychiatrie. Mélanges en Hommage à Janet* (1940) *Des principes d'H. Jackson à la Psychopathologie d'Eugène Bleuler* (1946) *La psychopathologie de Moreau de Tours* (1947) *La conception de Janet sur les hallucinations et les délires* (1950)
6. Organo-dinamismul	1948 – 1977	*Études Psychiatriques* – 3 vol. (1948-1954) *Traite de Psychiatrie* în EMC (1955) *Manuel de Psychiatrie* (1960) *Traité des hallucinations* (1973) *Des idées de Jackson à un modèle organo-dynamique en Psychiatrie* (1975) *Défense et illustration de la Psychiatrie* (1977) *Naissance de la Médecine* (1976-77)
7. Critica structuralismelor	1969 –1977	*La Conscience* – 2ème ed. (1969)
8. Critica antipsihiatriei	1970 -1977	*L'Antipsychiatrie ou les progrès de la science psychiatrique* (1972) *Antipsychiatrie, son sens et ses contre-sens* (1974)

După cum se poate vedea, tabelul nostru pune în evidenţă faptul că, în cea mai mare parte a activităţii sale, Henri Ey a lucrat simultan la mai multe teme, multe dintre acestea devenind de fapt subiecte de reflecţie permanente şi caracteristice gândirii marelui psihiatru francez.

Această prezentare succintă a principalelor teme şi perioade ale gândirii lui Henri Ey a pornit de la textele autorului însuşi privind evoluţia concepţiei sale teoretice (în principal H. Ey 1963: 728 şi H. Ey 1975: 219), dar şi alte texte mai noi, dedicate cronologiei vieţii şi operei sale (J. Garrabé *Introduction* la H. Ey 1996, E.L. Mahieu şi E. Th. Mahieu 1999, P. Belzeaux 2001a).

ETAPELE DEZVOLTĂRII CONCEPŢIEI ORGANO-DINAMICE ÎN PSIHIATRIE

ETAPELE DESCRISE DE HENRI EY[5]

Luăm ca referinţă textul însuşi al lui Henri Ey ce a apărut în anul 1963 în „*Die Psychiatrie der Gegenwart*" (Tome I/2, pp 720-762) având titlul: „*Esquise d'une conception organo-dynamique de la structure, de la nosographie et de l'etiopathogénie des maladies mentales".* Un fragment din acest text, aflat la p. 728, este dedicat reflecţiei asupra principalelor etape ale dezvoltării concepţiei organo-dinamice în viziunea autorului acestei teorii.

Distingem în acest demers cronologic, de ordonare a etapelor gândirii şi a operei sale, trei elemente distincte:

I - *proiectul general*

Henri Ey îşi propusese să scrie, de fapt, o „*Istorie naturală a nebuniei*", în acelaşi timp antropologie şi ştiinţă a naturii (H.Ey 1963: 729). Din păcate, acest proiect extrem de ambiţios nu a putut fi dus până la capăt. În legătură cu proiectul gigant, de a scrie o „*Istorie naturală a nebuniei*", trebuie amintit aici faptul că, această lucrare, ar fi cuprins şi o parte dedicată istoriei Psihiatriei, inclusă la rândul ei într-o istorie a Medicinii. Iată ce spune în acest sens Henri Maurel[6] în cuvântul său introductiv la lucrarea „*Naissance de la Médecine*": „Atunci când, la 8 noiembrie 1977, Henri Ey ajunge la sfârşitul unei vieţi de cercetare, învăţământ şi scriitură, el lucra deja de mai bine de doi ani la o operă imensă, căreia îi anunţase titlul şi planul general (cf. Ey H. „*La Naissance de la Psychiatrie*" în *Actualités psychiatriques*, 1977, nr. 5, pp. 9-24). Istoria Psihiatriei făcea parte din Istoria Medicinii care trebuia să cuprindă patru părţi:

I) Naşterea Medicinii;

II) Dezvoltarea doctrinelor medicale de la Hipocrate până în zilele noastre;

III) Naşterea Psihiatriei;

IV) Dezvoltarea ştiinţei psihiatrice (H. Maurel *Avant-propos* la volumul „*Naissance de la Médecine*" de H. Ey, Paris: Masson, 1981).

---

[5] H. Ey 1963: 728 - principalele etape ale dezvoltării teoriei organo-dinamice; *Études psychiatriques* vol. I p.178 rădăcinile istorice ale organo-dinamismului; H. Ey 1975: 219-220 (nota 4); H. Ey 1975: 27 (nota 2).

[6] Editorul lucrării lui Henri Ey, *Naissance de la Médecine*, apărută postum, în 1981.

Dintre toate aceste părţi, nu a putut redacta decât *Naşterea Medicinii,* care se întrerupe în momentul când, tratând despre *Corpus hippocraticum*, Henri Ey surprinde perioada în care se naşte ştiinţa medicală (H. Maurel, op.cit.). Acest volum a fost inclus în bibliografia Grignon în 1994 (cf. J. Garrabé, în H. Ey 1996: 9).

II - *lucrările publicate*

Henri Ey stabileşte ca punct de reper anul 1932 când publică studiul său asupra noţiunii de automatism: „*La notion d'automatisme*", în revista *L'Évolution Psychiatrique*, 1932 nr. 3. Tot atunci el scrie şi primul capitol din lucrarea „*Hallucinations et delires*" ce avea să fie publicată în 1934 la Ed. Alcan din Paris (H. Ey 1963: 759)[7].

În 1936 publică, împreună cu J. Rouart, lucrarea „Essai d*'application des principes de Jackson à une conception dynamique de la Neuro-Psychiatrie*" în revista „*L'Encéphale*". Această lucrare va apărea editată sub forma unei monografii în 1938 şi tot ea va fi inclusă în lucrarea mai amplă „*Des idées de Jackson à un modèle organo-dynamique en psychiatrie*" (1975). Lucrarea expune principiile neo-jacksonismului aplicat în psihiatrie[8].

Explicitarea consecinţelor concepţiei neo-jacksoniene asupra raportului dintre Neurologie şi Psihiatrie, se va realiza în lucrarea: „*Les rapports de la Neurologie et de la Psychiatrie*" (Journées de Bonneval 1943 - Paris: Ed. Hermann 1947).

Explicitarea consecinţelor noii concepţii asupra problemei *psihogenezei* va fi realizată în lucrarea: „*La Psychogenese des psychoses et des nevroses*" (Discussions des Journées de Bonneval, 1947) Paris: Ed. Desclée de Brouwer, 1950.

În perioada 1948-1954 Henri Ey redactează cele trei volume de studii numite „*Études Psychiatriques*" (Paris: Ed. Desclée de Brouwer) care constituie în opinia sa, un efort de sinteză a Psihiatriei şi unde sunt aplicate principiile organo-dinamice la problemele legate de structura şi destructurarea conştiinţei, în conexiune cu crizele şi psihozele acute (în special vol. III din *Études* apărut în anul 1954). Cele 3 volume de „*Études Psychiatriques"* prezintă ***cursul de clinică şi psihopatologie*** pe care Henri Ey l-a ţinut între anii 1935-1970 la Spitalul Sainte Anne din Paris (cf.J. Postel 1998: 236).

A urmat o perioadă în care ***tezele organo-dinamice*** au fost expuse într-o manieră „articulată" în lucrări cu caracter general: tratate, manuale, etc. Este perioada 1955-1960 în care apar: „*Traité de Psychiatrie*" în *Éncyclopédie Médico-Chirurgicale* (1955) – 3 volume coordonate de Henri Ey şi la care au participat 130 colaboratori; „*Manuel de Psychiatrie*" (în colaborare cu Pierre Bernard şi Charles Brisset), apărut în prima ediţie în 1960 la Paris: Ed. Masson. Ultima ediţie a acestui „manual" a văzut lumina tiparului sub o formă revizuită şi adăugită, în anul 1989. O altă lucrare de sinteză fundamentală în economia operei lui Henri Ey era atunci sub tipar, în prima sa ediţie, din anul 1963. Este vorba de volumul „*La Conscience*" (PUF, Paris 1963). Cea de a doua ediţie, revizuită şi adăugită, avea să apară în anul 1969. Trebuie menţionat aici că, lucrarea „*La Conscience*", este singura operă a lui

---

[7] A se vedea şi H. Ey 1975, p.27 nota 2.

[8] A se vedea comentariul lui Jean Garrabé despre re-editarea Monografiei din 1936 în volumul publicat de Henri Ey în 1975 (J. Garrabé în H. Ey 1996: 13).

Henri Ey care a fost tradusă în limba română. Traducerea a fost realizată de Dinu Grama în anul 1983 (pe baza primei ediții din 1963) şi a fost reeditată de Editura Ştiințifică în anul 1998 (pe baza ediției a doua a lucrării *La Conscience*).

După 1963 Henri Ey publică o serie de lucrări de maximă importanță. Amintim aici doar câteva:

- „*Traité des hallucinations*”[9], (2 vol), Paris: Masson, 1973.
- „*Des idees de Jackson à un modèle organo-dynamique en Psychiatrie*” Paris, 1975.
- „*Défense et illustrations de la Psychiatrie*”, Paris, Masson, 1978.

III - *lucrările rămase în proiect*[10]

Trecem acum la lucrările pe care Henri Ey le proiectase, dar care nu au mai fost publicate (unele nu au fost nici concepute). Este vorba de un proiectat volum al IV-lea al „*Études psychiatriques*”, care urma să abordeze formele cronice ale bolilor psihice, adică „patologia Persoanei, a Lumii sale şi a Rațiunii sale (nevroze, schizofrenii, demențe şi alienări) (cf. H. Ey 1963: 728). Amintim aici că, toate scrierile sale dedicate *schizofreniei,* au fost adunate într-un volum, publicat postum[11], de către Jean Garrabé, în 1996.

ETAPELE DESCRISE DE ALȚI AUTORI[12]

Jean Garrabé de exemplu, care face o cronologie a operei Maestrului de la Bonneval, în introducerea la volumul „*Schizophrenie. Études cliniques et psychopathologiques"* (H. Ey, 1996), descrie, aşa cum aminteam anterior, chiar o „perioadă bleuleriană” a gândirii lui Henri Ey ce precedă, în opinia sa, perioadele „neo-jacksoniană” şi „organo-dinamistă” (J. Garrabé *Introduction* în H. Ey 1996: 9-27). În această perioadă (1926-1940), spune Garrabé, Henri Ey se consacră popularizării în mediul psihiatric francez a concepției lui Eugen Bleuler. Primul pas este reprezentat de faimoasa traducere prescurtată a operei lui Bleuler din 1911 şi pe care Henri Ey o realizează în 1926. Ea marchează, spune Garrabé, în acelaşi timp, debutul operei lui Henri Ey şi prima etapă a gândirii sale (op. cit. p. 10). Din septembrie până în decembrie 1940, Henri Ey ține o serie de conferințe ce vor fi reunite sub titlul: „*La conception d'Eugen Bleuler*” şi care vor fi publicate în 1993 de către editorii traducerii integrale în franceză (de către A. Vaillard) a tratatului lui Bleuler (E. Bleuler „*Dementia praecox ou groupe des schizophrénies* – 1911 –

[9] Despre monumentalul tratat de halucinații s-a putut spune că reprezintă, poate, “opera psihiatrică a secolului XX (cf. R. Palem, 1997 - text aflat pe site-ul Asociatiei Henri.Ey din Franța).

[10] Aceste lucrări care nu au mai fost redactate se încadrau perfect în sistemul gândirii sale, expus în nenumăratele rânduri pe parcursul operei scrise.

[11] Este vorba despre lucrarea: Henry Ey “*Schizophrénie. Études cliniques et psychopathologiques*” (1996) Synthelabo.

[12] J. Garrabé “Introduction” la Henri Ey “Schizophrenie. Études cliniques et psychopathologiques” (1996), P. Belzeaux “Présence du négatif : Ey et Green” (2000), N. Depraz “La conscience. Approches croisées: dès classiques aux sciences cognitives” cap. 12 “À la croisée des chemins: la vision radicale de Henri Ey” (pp 116-122), A. Romila “Psihiatrie”: “Organo-dinamismul” (1997), N. Simms “Presentation of Henri Ey's life's work” (1999) (recenzie a cărții lui Robert Palem “La modernité d'Henri Ey”).

trad.fr. A. Vaillard, urmată de H. Ey „*La conception d'Eugen Bleuler*" – 1940 – EPEL-GREC, Paris, 1993).

Garrabé este de părere că în epoca bleuleriană a operei sale, Henri Ey nu ține cont de ideile lui Jackson, întrucât „acestea nu avuseseră nici o influență directă asupra concepției lui Bleuler: numele neurologului englez nici măcar nu figurează în lista autorilor citați de acesta din urmă în opera sa din 1911" (J. Garrabé 1996: 11). Cum explică Garrabé această ignorare completă de către Bleuler a jacksonismului? Iată ce spune el în această privință în *Introduction*: „La sfârşitul secolului al XIX-lea şi începutul secolului XX, noțiunea de ierarhizare a funcțiilor sistemului nervos antrenând eliberarea funcției ierarhic inferioare prin disoluția celei care îi este imediat superioară, nu era luată în considerare în lumea şi gândirea medicală, decât de neurologi, de exemplu, Sigmund Freud (1856-1939) a cărui lucrare „Contribuții la concepția afaziilor" publicată în 1891, este o remarcabilă aplicare a jacksonismului în această chestiune care nu fusese până atunci studiată de la Broca şi Wernicke decât după modelul organo-clinic („organo" semnificând aici că, clinica afaziilor este atribuită direct, mecanic, atingerii parțiale a unui organ, creierul). Însă Freud, întrucât nu include această lucrare...în opera sa psihanalitică, se admite în general (dacă se neglijează studiul lui M. Levin apărut în 1962) că jacksonismul nu a avut o influență asupra gândirii freudiene şi a cercetării psihanalitice" (J. Garrabé 1996: 11-12). O susținere a explicației lui Garrabé, găsim şi la Jacques Postel care spune, referitor la Jackson şi la teoria sa, următoarea frază: „Teoria sa nu prea a avut succes, chiar şi în țara sa natală şi era de acum uitată, când Henri Ey a dezgropat-o spre a o aplica în psihiatrie, în 1936 din perspectiva unei concepții „organo-dinamice" a bolii mintale. Este ceea ce s-a numit „neo-jacksonism" (J. Postel 1998: 298).

Ceea ce putem deduce din aceste texte este că, urmare a lecturilor sale, dar şi a unei lipse generale de vizibilitate a teoriei jacksoniene în acea perioadă de început de secol XX, Henri Ey nu era, în 1926, familiarizat încă cu principiile acestei teorii, cu toate că ideile lui Jackson erau deja cunoscute în țările de limbă franceză ca urmare a publicării, încă din 1921, în „*Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*" a traducerii prelegerilor Croonian (aşa-numitele „*Croonian Lectures*") ținute de către J. H. Jackson la Royal College of Physicians în 1884 (J. Garrabé 1996: 14). O mutație avea însă să se petreacă în acea perioadă de 10 ani care separă traducerea din Bleuler de publicarea în *L'Encéphale* din 1936 a monografiei dedicate aplicării principiilor lui Jackson în psihiatrie. Acest an, 1936, marchează trecerea la o altă etapă a operei lui Henri Ey, pe care Garrabé o consideră a doua ca importanță şi o denumeşte perioada jacksoniană (op. cit. p. 11) sau, mai exact, neo-jacksoniană (cf. J. Garrabé 1996: 13). Această epocă va dura până după cel de al doilea război mondial, când Henri Ey va dezvolta singur, teoria organo-dinamică, ceea ce va marca intrarea în cea de a treia etapă şi ultima a operei sale (cf. J. Garrabé 1996: 16).

HENRI EY ŞI ANTIPSIHIATRIA

Termenul *antipsihiatrie* se foloseşte, aşa cum arată Henri Ey însuşi, în două sensuri sau cu două intenţii diferite:

„Într-un prim sens, antipsihiatria se defineşte ca o reacţie salutară anti-azilară şi un protest contra rolului represiv pe care psihiatrii îl joacă în societate. Într-un al doilea sens, antipsihiatria este o negare absurdă a faptului psihopatologic contestat ca nefiind decât o proiecţie fantasmică a medicilor, substitut al structurilor sociale patogene" (H. Ey 1973: 1439).

La rândul său, Aurel Romila (2004) consideră că antipsihiatria[13] poate fi formulată prin următoarele trei teze: *teza antinosografică, teza antiinstituţională* şi *teza antiterapeutică* (A. Romila 2004: 53).

În ceea ce îl priveşte pe Henri Ey, perioada anilor 1970-1977 se caracterizează printr-o luptă pe care acesta o va duce împotriva utilizării abuzive a psihiatriei în scopuri represive şi de asemenea, împotriva *antipsihiatriei* - mai ales în ceea ce priveşte teza antinosologică[14]. Iată o interpretare a acestei perioade din cariera lui Henri Ey, oferită de unul dintre membrii Asociaţiei care îi poartă numele:

„Ey gândea, justificat sau nu, că este posibil să definim normalitatea, că psihiatria trebuie să aibă un obiect, că ea trebuie să-şi fixeze limite. El adoptă poziţia de naturalist al medicinii mintale (există în opinia sa „specii" naturale), revendică statutul său de terapeut, vrea să reintegreze psihanaliza în psihiatrie şi psihiatria în medicină (tema ultimului său mare şantier, neterminat). Mai înainte de aceasta, el a trebuit să lupte pentru separarea psihiatriei de neurologie: simplă criză de creştere a posteriori, însă adevărată luptă sindicală redutabilă, în acel moment. Începând cu anii '70, acest rezultat fiind atins, lupta contra ***antipsihiatriei*** divizează trupele sale şi îi tulbură pe discipolii săi. Organo-dinamismul devine acum mai puţin pertinent. În rezumat: pionier al unei „*psihiatrii dinamice*", dar adversar al unei psihanalize prea demedicalizate, prea „*anencefale*". Marea operă a marelui psihiatru catalan este „unificarea psihiatriei şi a psihanalizei" (R. Saro, 1987)" (cf. „*Henri Ey-l'homme et son oeuvre*" – site-ul Asoc. H. Ey 1999).

Henri Ey însuşi menţionează **tema anti-antipsihiatrică** căreia i-a dedicat o parte importantă a operei sale de maturitate (vezi şi H. Ey 1973: 1211).

În cap. V „*Révision des concepts fondamentaux de la psychiatrie*" (p. 273) din Monografia (1975) găsim următorul fragment, în care sunt amintite două texte prin care se exprimă o luare de poziţie faţă de tezele antipsihiatriei:

„Modelul organo-dinamic, construit cu plecare de la intuiţia primordială a lui John Hughlings Jackson şi de la principiile sale elaborate, trebuia să permită o

---

[13] Despre această mişcare de idei, în ansamblul său, Romila spune: „Este o concepţie care se opune programatic psihiatriei şi o neagă. Sensul de concepţie antipsihiatrică nu trebuie atribuit oricărei păreri deosebite despre practica psihiatrică actuală. În România nu a existat nimeni cu o asemenea concepţie, ci au existat cel mult păreri ce pot fi considerate ca aparţinând antipsihiatriei" (A. Romila 2004: 51).

[14] Cf. R. Palem "*Sur les traces d'Henri Ey*" (1997) – text publicat pe site-ul Asociaţiei pentru Fundaţia "Henri Ey".

revizuire a conceptelor fundamentale ale Psihiatriei şi să asigure, de asemenea, o situaţie mai clară psihopatologiei între „Neurologie" şi „Ştiinţele umane". În momentul în care, ea este atât de violent remisă în chestiune, această ramură a Medicinii trebuie, într-adevăr, pentru a se afirma şi progresa, să garanteze soliditatea „paradigmei" sale. Ea trebuie să garanteze validitatea cunoaşterii sale (*de son savoir* – lb. fr.) prin limita obiectivului său. Pentru a contesta concepţia antipsihiatrică (cf. articolelor noastre anti-antipshiatrice), primul în *L'Évolution psychiatrique* în 1972 şi al doilea în *Éncyclopèdie Médico-Chirurgicale* în 1974) este necesar ca Psihiatria să se angajeze într-o revizuire serioasă a conceptelor sale fundamentale" (H. Ey 1975: 273). Cele două texte la care face trimitere Henri Ey sunt:

1) „*L'Antipsychiatrie ou les progrès de la science psychiatrique*" apărut în L'Évolution Psychiatrique., 1972, XXXVII, I, 49-67;
2) „*Antipsychiatrie, son sens et ses contre-sens*" apărută în Éncyclopédie Médico-Chirurgicale, în 1974.

Despre luarea de poziţie a lui Henri Ey în raport cu mişcarea antipsihiatrică, aminteşte şi *Dicţionarul de psihiatrie şi psihopatologie clinică,* sub redacţia lui Jacques Postel:

„…H. Ey a adunat în jurul său pe psihiatrii cei mai critici la adresa antipsihiatriei. Medicul de la Bonneval credea de fapt că aceasta reprezintă o „tendinţă psihiatricidă" deosebit de primejdioasă pentru specialitatea sa. Căci, confundând noţiunea de maladie mintală şi tulburările vieţii de relaţie, ea riscă să „se izbească de imposibilitatea de a defini şi sesiza maladia mintală" ajungând să o nege. Pentru Ey, aşadar, nu este vorba decât de o negare pur şi simplu a psihiatriei, negare pe care, bineînţeles, nu o poate admite" (J. Postel 1998: 64).

Un text, scris de această dată de către Henri Ey însuşi, conţinând o critică extrem de dură la adresa antipsihiatrilor, găsim în capitolul dedicat schizofreniilor din *Traité des Hallucinations* (1973: 792):

„Pretenţia prostească a sociologilor politico-metafizicieni care cred că pot jongla prin jocuri de cuvinte şi analogii pedante, vorbind de nebunie ca nebunii înşişi, nu va reuşi să şteargă realitatea însăşi a Psihozei cu nenumăratele lor scrieri. Nici Th. Szasz, nici R. Laing, nici Basaglia, nici acoliţii lor francezi (M. Mannoni, R. Gentis, H. Heyward, H. Torrubia, J. Hochman, etc.) nu vor putea niciodată să demonstreze că „Schizofrenia" nu există, fără a relua ei înşişi boala pe socoteala lor şi pe cea a întregii umanităţi (A. De Waelhens, G. Deleuze). Grupul Schizofreniilor (şi nu entitatea la care vor ei să ne reducă), acest grup de forme *psihopatologice* ale existenţei delirante nu va dispărea la o simplă suflare a spiritului contestatar sau euristic: cunoaşterea psihiatrică nu depinde de capricioasele apărări ale struţului" (H. Ey 1973: 792).

Ceea ce îi rămâne de făcut lui Henri Ey, în acest context al antipsihiatriei care neagă realitatea însăşi a bolii mintale, este să adopte o *poziţie anti-*. Este cea ce va primi numele de poziţia *anti-antipsihiatrică*. Aceasta va susţine că obiectul psihiatriei este real, că „maladia mintală este o realitate şi încă una dură" (H. Ey 1983: 411). Iar psihiatria, pentru a nu fi o impostură sau o iluzie, spune Henri Ey, „trebuie să considere maladiile mintale pentru că ele sunt dezorganizări ale fiinţei noastre conştiente, atingând la om zonele profunde ale alcătuirii lui care scapă

acțiunii principiului realității, rațiunii practice şi teoretice ce îi permit să ajungă la libertate" (H. Ey 1983: 409). Prin urmare „funcția psihiatriei în cadrul ştiințelor omului este de a garanta valorile omului, întrucât ea poate arăta lipsa lor la anumiți oameni. Psihiatria garantează valorile făcându-le să apară prin contrast cu regimul de supunere la formele embrionare ale psihicului, la modalitățile unui determinism care le fixează în trecutul infantil şi la care nu poate fi redus omul adult şi în stare de veghe" (H. Ey 1983: 409).

SUCCESIUNEA LUI HENRI EY

Într-un studiu dedicat obiectului istoriei ştiinței, Georges Canguilhem (1989b) critica utilizarea *conceptului de precursor*, pe care îl considera problematic. În mod analog, şi noi considerăm ideea de ***succesor*** şi ***succesiune***, ca fiind ambigue şi extrem de problematice. Trebuie ca, în prealabil, acestea să fie suficient de bine caracterizate, pentru a şti la ce ne referim. Prin urmare, nu ni se pare deplasat să începem prin a ne întreba:

I) Ce înțelegem prin succesor?

II) Ce înțelegem prin succesiune?

I) La o prima aproximare, când ne gândim la *succesor*, putem lua în considerare mai multe situații:

- Cel ce urmează într-o funcție pe cineva (de exemplu la o catedră sau la conducerea unei instituții);
- Cel care, în calitate de elev, devine discipol, păstrează şi duce mai departe opera unui maestru;
- Cel care, ca elev, se răzvrăteşte, devine dizident, deşi în linii mari se încadrează în spațiul teoretic trasat de predecesorul şi maestrul său;
- Cel care nu teoretizează, însă aplică în practică doctrina maestrului, putând fi numit un practicant al teoriei respective (e. g. un psihanalist practician sau, de ce nu, un organo-dinamist practician?).

În cazul lui Henri Ey, îi vom numi oare, succesori, pe marii profesori din Franța (sau din lume) de după 1977? Sau pe membrii Cercurilor Henri Ey din Franța şi din alte țări, chiar dacă ei doar „digeră" ceea ce a produs maestrul de la Bonneval? Sau membrii activi ai Fundației Henri Ey? Pare destul de dificil să dăm un răspuns la această suită de întrebări. Şi, aceasta, întrucât ne gândim la succesori care au într-adevăr o legătura cu Henri Ey sau cu opera sa, prin urmare, nu luăm în considerare cazul mai general, al tuturor autorilor mai reprezentativi din psihiatria franceză sau mondială din perioada 1977 – 2007.

II) Relativ la conceptul de *succesiune*, apar de asemenea întrebări de acelaşi gen. Ce înțelegem deci prin succesiune?

Înțelegem oare suita de evenimente care a urmat în istoria psihiatriei din 1977 şi până în prezent? Este vorba de a stabili dacă a mai apărut o mare teorie sau o concepție de anvergura organo-dinamismului? După părerea lui Georges Lantéri-Laura, nu s-a întâmplat nimic spectaculos, ci doar s-a instaurat „imperialismul"

american şi dominaţia DSM. Ultima mare concepţie teoretică în psihiatrie a fost, în opinia marelui psihiatru francez, *paradigma structuralistă a „marilor structuri psihopatologice”* care s-a încheiat tocmai cu moartea lui Henri Ey în 1977. *Organo-dinamismul* face parte din această *paradigmă structuralistă* (G. Lantéri-Laura, 2003).

Ţinând cont de aceste dificultăţi, probabil că ar fi firesc să propunem un alt tip de analiză a perioadei 1977-2007 şi anume, o *abordare centrată pe probleme* a perioadei din istoria psihiatriei, care i-a succedat lui Henri Ey. Care ar fi aceste „probleme” care au făcut obiectul reflecţiilor teoretice în domeniul psihiatriei si mai larg, al psihopatologiei? Iată enumerate mai jos, câteva din cele mai importante:

- Problema statutului ştiinţific al psihiatriei;
- Problema locului psihiatriei în cadrul medicinii; (vezi aici *Cartea Albă* a psihiatrilor francezi din 2002![15]).
- Problema realităţii bolii psihice, a naturii acesteia;
- Problema universalităţii transculturale a bolii psihice şi a specificităţii culturale (conceptul universal de boală psihică vs. conceptul de sindrom circumscris cultural);
- Probleme legate de definirea bolii mintale şi noi concepte propuse: *disorder, abnormality, malfunction, maladjustment* etc.;
- Problema tensiunii încă existente între *psihiatrie* şi *antipsihiatrie*: antipsihiatria recentă: prin noile scrieri ale lui Thomas Szasz, e. g. Th. Szasz 2000 în care autorul adoptă poziţia radicală; sau prin critica „realităţii”clinice a unor entităţi distincte cum ar fi *PTSD, tulburarea de personalitate multiplă, alcoolismul* etc. (Ch. Perring 2001a); prin critica instituţiilor de sănătate mintală şi accentul pus pe psihiatria comunitară (G. Thornicroft, M. Tansella, 2001; W. Breakey, 2001) etc.;
- Probleme legate de sistemele de clasificare a bolilor în psihiatrie;
- Probleme legate de diagnostic, formularea unor modele culturale de diagnostic (e. g. grupul lui Mezzich şi Otero-Ojeda);
- Probleme legate de creşterea numărului de imigranţi şi efectele globalizării asupra practicii psihiatrice (soluţiile practice, dar şi teoretice oferite de etnopsihiatrie şi psihiatria transculturală etc.);
- Probleme legate de aportul geneticii moleculare în studierea etiologiei bolilor psihice sau a „terenului”; mutaţiile impuse de medicina moleculară sau de medicina predictivă unei psihiatrii a secolului al XXI-lea;
- Probleme legate de aportul imagisticii şi a neuroştiinţelor cognitive în studiul corelaţiilor dintre fenomenologia bolii şi fundamentul neuro-biologic

O mare parte din aceste probleme îl preocupau şi pe Henri Ey şi în raport cu ideile sale, sau cu soluţiile pe care el le-a propus, am putea să vedem cum au evoluat lucrurile (dacă au evoluat!), sau cum, în loc să progreseze, s-au făcut paşi înapoi. Dar o astfel de analiză ne-ar îndepărta cu mult de scopurile pe care ni le-am propus în această lucrare. Vom face doar câteva precizări.

[15] S. Consoli, M. Lacour (coord), 2002.

REFLECȚII CU PRIVIRE LA ORIGINALITATEA ŞI LA SUCCESIUNEA OPEREI LUI HENRI EY

Trebuie amintit aici, faptul că opera lui Henri Ey a început să fie tradusă în mai multe limbi, teoriile sale au început să fie cunoscute pe mai multe continente şi, în acest sens, putem vorbi de asemenea, de o succesiune. Există numeroşi psihiatri care au acum acces la opera scrisă a lui Ey şi care încearcă s-o înțeleagă, s-o aplice şi chiar să o ducă mai departe, în ceea ce are ea original. În această privință, membrii *Asociației pentru Fundația Henri Ey* din Franța, fac eforturi imense. Ei sunt adevărații succesori, purtând pe umeri o mare responsabilitate: aceea de a face cunoscută lumii întregi opera maestrului lor. Prin lucrările scrise, ei argumentează ideea că Maestrul de la Bonneval nu rămâne doar o mare figură a istoriei psihiatriei „*Papa psihiatriei mondiale*", cum a fost supranumit Henri Ey, dar el este mai înainte de toate, un deschizător de drumuri, un adevărat spirit călăuzitor pe calea unei istorii ce va fi scrisă: istoria secolului al XXI-lea. Aceasta pare să sugereze şi titlul colocviului internațional de la Perpignan din 1997: „*Henri Ey psihiatru al secolului al XXI-lea. Actualitatea operei lui Henri Ey*"(cf. Eduardo Luis Mahieu, Henri Ey: *Biografia* – 1999).

ORGANO-DINAMISMUL ÎN ROMÂNIA: TRECUT ŞI PREZENT

Se poate vorbi de o istorie a organo-dinamismului în România şi aceasta debutează cu stagiul efectuat de Eduard Pamfil la Paris, unde marele psihiatru român, a avut ocazia să-l cunoască personal pe Henri Ey şi să lucreze cu acesta. La rândul său, Pamfil a contribuit la răspândirea concepției lui Henri Ey, influențând pregătirea unor tineri psihiatri care, mai apoi, aveau să devină profesori. La Timişoara a cultivat o anume simpatie pentru teoria organo-dinamică, profesorul Mircea Lăzărescu. Probabil cea mai profundă angajare față de imensa moştenire lăsată psihiatriei de către Henri Ey, a dovedit-o însă, de-a lungul ultimilor 35 de ani, profesorul Aurel Romila[16].

[16] Profesorul Aurel Romila este singurul psihiatru român care face parte din grupul membrilor străini ai asociației franceze ce poartă numele Maestrului de la Bonneval (*Association pour la Fondation «Henri Ey»*).

CAPITOLUL 2
BAZELE FILOSOFICE ALE CONCEPȚIEI LUI HENRI EY

METODA IERARHICĂ DE ANALIZĂ TEORETICĂ

În excelenta sa lucrare[17] „*From Philosophy to Psychopathology. A Phenomenological Model for Psychology, Psychiatry and Psychoanalysis*" (2003), Edwin L. Hersch propune un model de abordare sistematică a teoriilor din psihologie şi psihiatrie. Acest cadru de analiză teoretică permite investigarea fundamentelor filosofice care stau la baza teoriilor psihologice şi psihopatologice. Hersch pune la dispoziția cercetătorilor şi a practicienilor din domeniul psihologiei şi psihoterapiei o *metodă ierarhică de analiză a teoriilor şi de dezvoltare a unor noi teorii*:

„O astfel de abordare sistematică sau cadru de referință pentru descoperirea presupozițiilor filosofice aflate la baza teoriilor noastre psihologice, poate fi de mare ajutor în efortul de a dezvolta în continuare, de a evalua şi de a compara aceste teorii. Poate fi de folos de asemenea, în clarificarea inconsistențelor, omisiunilor şi inadecvărilor diverselor teorii" (E. L. Hersch 2003: 11).

Ipotezele de lucru de la care porneşte autorul în încercarea sa de a oferi o metodologie pentru analiza ontologică şi epistemologică a teoriilor ştiințifice din domeniul psihopatologic, sunt descrise după cum urmează:

- „Filosofia este inevitabilă, deoarece noi operăm totdeauna în cadrul unui context de credințe, presupoziții şi înțelesuri de bază, pe care le vom numi aici „filosofia cuiva". Acea porțiune din filosofia totală care ține de un subiect profesional sau academic dat, o vom numi teoria acelei persoane (chiar dacă este sau nu bine articulată);
- Practica fără teorie nu este doar oarbă (aşa cum argumenta I. Kant) ci imposibilă;
- Practica fără recunoaşterea sau conştientizarea teoriei este oarbă (sau, cel puțin, are pete oarbe semnificative);
- O practică psihoterapeutică bună este cel mai bine fondată de o teorie psihologică bună (chiar dacă acea teorie este sau nu explicit cunoscută de / recunoscută de acel practician);
- O teorie psihologică bună este consistentă cu / este bine fundamentată de o teorie filosofică bună (şi aici cu observația că practicianul poate şti sau nu în mod explicit acele teorii filosofice);
- O teorie filosofică bună este bine să fie clară, comprehensivă şi asumată în mod explicit" (E. L. Hersch 2003: 9).

Recunoaştem în aceste teze (sau *ipoteze*, aşa cum le numeşte autorul), ceea ce numeroşi oameni de ştiință şi epistemologi au demonstrat şi anume că, separația între ştiință şi filosofie nu poate fi atât de radicală (cum au susținut unii autori – e. g. filosofii *Cercului de la Viena*[18]), teoriile ştiințifice, metodele de cunoaştere a faptelor

---

[17] Cartea a apărut în anul 2003 la *University of Toronto Press.*

[18] *Cercul de la Viena* reprezintă un grup de filosofi care au pus bazele a ceea ce s-a numit pozitivism logic sau empirism logic. « Acest grup a fost întemeiat de M. Schlick în 1924 şi s-a destrămat, de fapt, odată cu

empirice, precum şi ştiinţa în ansamblul ei, având ca fundamente o serie de presupoziţii filosofice (ontologice, epistemologice etc.) care trebuie să fie explicitate şi asumate în mod conştient de către orice cercetător[19].

Amintim în acest sens, două lucrări paradigmatice, scrise de autori care nu întâmplător aveau atât o formaţie ştiinţifică cât şi una filosofică. Prima lucrare, care are ca domeniu de investigaţie cercetarea ştiinţifică în general, poartă chiar titlul „*Scientific Research*" (1967) şi a fost scrisă de Mario Bunge. Cea de a doua lucrare, care are ca domeniu de investigaţie psihopatologia generală, poartă titlul „*General Psychopathology*" (1963) şi a fost scrisă de Karl Jaspers. Ambele lucrări conţin câte un subcapitol dedicat evidenţierii presupoziţiilor filosofice fundamentale ale ştiinţei (ale ştiinţei în genere şi respectiv ale ştiinţei psihopatologice).

În această galerie a autorilor care au atras atenţia asupra eşafodajului filosofic al teoriilor ştiinţifice, se numără cu siguranţă şi Henri Ey care, la rândul său, explicitează conceptele, teoriile şi problemele filosofice care stau la baza construcţiilor teoretice din psihiatria ştiinţifică.

Ceea ce ne propunem în acest capitol, este ca, folosind *metoda ierarhică de analiză teoretică*, propusă de Edwin L. Hersch, să identificăm nivelurile ontologice, epistemologice şi psihologice ale construcţiei teoretice elaborate de către Henri Ey sub denumirea de *concepţie organo-dinamică*.

Vom încerca să identificăm aceste niveluri descrise de „modelul ierarhic" şi să precizăm răspunsurile date de Henri Ey la întrebările caracteristice fiecărui nivel.

IERARHIA NIVELURILOR DE ANALIZĂ TEORETICĂ

Care sunt nivelurile modelului ierarhic propus de Edwin L. Hersch? Aşa cum se poate observa şi în tabelul de mai jos, putem identifica următoarele niveluri, de la bază spre vârf:

- Ontologic
- Epistemologic general
- Epistemologic regional
- Psihologic

Unele dintre aceste niveluri au câte două sub-niveluri. De exemplu, nivelul ontologic are în compunerea sa nivelul A şi nivelul B. Nivelul *epistemologic general* are în compunerea sa nivelul C şi nivelul D, iar nivelul *epistemologic regional* are în compunere nivelurile E şi F. Nivelul propriu-zis teoretic (psihologic sau psihiatric) conţine nivelul G (a se vedea **Tabelul 2** de mai jos).

---

moartea lui, în 1936 şi cu împrăştierea intelectualilor austrieci în acea vreme. Printre membrii săi, se aflau G. Bergman, R. Carnap, H. Feigl, O. Neurath şi Waismann. Interesul principal al *Cercului de la Viena* a fost unitatea ştiinţei şi conturarea corectă a metodei ştiinţifice. Ideea era că astfel se puteau « dizolva », în cele din urmă, disputele metafizicienilor. Sarcina filosofiei constructive va fi cea de a analiza structura teoriei ştiinţifice şi a limbajului » (S. Blackburn 1999 : 311 « *Oxford. Dicţionar de filosofie* »).

[19] La rândul său, profesorul Aurel Romila în volumul "Filozofie şi Medicină" (1978) are un capitol dedicat importanţei pe care o au analizele ontologice şi epistemologice în sfera psihiatriei (A. Romila 1978 : 98-108 – « *Unele aspecte ale raporturilor dintre psihiatrie şi filozofie* » în Fl. Georgescu « Filozofie şi Medicină », Editura Medicală, Bucureşti).

TABEL 2: NIVELURI ALE MODELULUI IERARHIC (tabel reprodus după E. L. Hersch 2003: 18).

NIVEL	**SIMBOL**	**ÎNTREBĂRI FUNDAMENTALE**
PSIHOLOGIC	**G**	Cum simt, gândesc, se comportă,...etc. oamenii? Cum îi putem ajuta cel mai bine, psihoterapeutic?
EPISTEMOLOGIC REGIONAL	**F**	Cum validăm în mod adecvat cunoaşterea în acest domeniu? Ce abordări metodologice sunt adecvate acestui domeniu?
	E	Ce putem cunoaşte sau ce putem spera să învăţăm în acest domeniu sau disciplină? Care sunt limitele sau graniţele disciplinei?
EPISTEMOLOGIC GENERAL	**D**	Cum validăm cunoaşterea noastră? Cum ştim că ea este adevărată? Ce criterii folosim pentru a stabili valoarea sa de adevăr?
	C	Cum avem acces la adevăr sau cunoaştere în general? Unde se găseşte adevărul? Cum este sau din ce este constituit adevărul?
ONTOLOGIC	**B**	Care este poziţia sau relaţia noastră cu această Realitate? (dacă la nivelul A noi am presupus că ea există).
	A	Există o Realitate independentă sau parţial independentă de noi? Există un Adevăr absolut?

NIVELUL ONTOLOGIC

REALISMUL CU PRIVIRE LA LUMEA EXTERIOARĂ

Henri Ey adoptă o poziţie realistă cu privire la lumea exterioară subiectului uman. ***Realismul*** este o *doctrină metafizică* având două dimensiuni. Pe de o parte, reprezintă o *doctrină despre ceea ce există*. Doctrina susţine că entităţi fizice precum pietrele, copacii şi animalele există („sunt reale”). Pe de altă parte, reprezintă o *doctrină despre natura acestor existenţe*. Doctrina spune că entităţile nu depind, din punct de vedere al existenţei lor, de natura minţilor noastre, nici de conştiinţa

noastră, de percepția ori de gândirea noastră în raport cu ele. Realiştii vorbesc despre aceste entități ca fiind „independente de minte ”şi „externe” ei.

Argumentele filosofiei tradiționale împotriva realismului încep cu o teză epistemologică: o asumpție despre natura cunoaşterii. Ideea este că am putea avea cunoaştere numai dacă renunțăm la realism. Pentru ca această cunoaştere să fie cu putință, „golul” dintre obiectul de cunoscut şi mintea cunoscătoare trebuie să fie acoperit; obiectul trebuie într-un fel să devină dependent de felul nostru de cunoaştere (M. Devitt, K. Sterelny 1999: 219). Cunoaşterea este un proces care pune în relație un subiect S şi un obiect O. Teza reprezentaționalistă susține că reprezentarea obiectului (O') este internă subiectului S. Realismul susține că în afara noastră există obiecte O care sunt cauza reprezentărilor noastre O', ceea ce idealismul neagă. De fapt, idealismul nu neagă existența obiectelor O, ci independența acestora de subiectul cunoscător S (S. Auroux 1998: 419).

CONCEPȚII ONTOLOGICE PLURALISTE

Am întâlnit mai multe concepții ontologice pluraliste pe care le putem compara între ele, mai ales în ceea ce priveşte problema minte-corp şi natura realității. Putem cita aici câțiva din autorii acestor doctrine ontologice:

1. Nicolai Hartmann „*Noua şi vechea ontologie*” în care sunt descrise patru straturi ale realității: fizic-material, viu-organic, psihic, spiritual (spiritul istoric obiectiv) – (N. Hartmann 1997: 57).
2. Maurice Merleau-Ponty „*La structure du comportament*” în care sunt descrise trei niveluri ale realității: fizic, vital şi uman (M. Merleau-Ponty, 1990).
3. Karl R. Popper „*Cunoaşterea şi raportul minte-corp*” în care sunt descrise trei niveluri ale realității, sau trei „lumi”: lumea 1 (corpurile fizice), lumea 2 (stările mintale), lumea 3 (spiritul obiectiv) – (K. R. Popper 1997: 13-15).
4. Mario Bunge „*Ştiință şi filosofie*” în care sunt descrise patru niveluri de organizare a lumii: fizic, chimic, biologic, social (M. Bunge 1984: 303).

La rândul său, Henri Ey, adoptă o **poziție ontologică pluralistă**, respingând atât **doctrinele moniste** cât şi pe cele **dualiste**. Există însă o problemă asupra căreia trebuie să fim foarte atenți: este vorba de a distinge între ***doctrina ontologică privind natura realității*** şi ***doctrina privind raportul minte-corp*** (doctrina despre natura minții şi a raportului acesteia cu corpul).

De exemplu, în ceea ce priveşte natura realității, Mario Bunge adoptă o poziție pluralistă (M. Bunge, 1984). În ceea ce priveşte natura minții, el adoptă o poziție monist-materialistă (monismul psihoneural) - cf. M. Bunge 1982.

Nicolai Hartmann, pe de altă parte, este pluralist în ceea ce priveşte natura realității, fiind de asemenea pluralist şi în ceea ce priveşte natura minții.

Henri Ey este pluralist în ceea ce priveşte natura realității, deşi este greu de spus dacă recunoaşte trei niveluri (fizic, vital, uman) sau patru niveluri (fizic, vital / biologic, psihic, cultural).

CONSIDERAȚII CU PRIVIRE LA NATURA REALITĂȚII ÎN CONCEPȚIA LUI HENRI EY

Se remarcă deci, o **poziție pluralistă** la Henri Ey, în ceea ce privește natura realității, în care se separă *natura lucrurilor, natura vie* și *natura morală* sau etico-socială (H. Ey 1981: 193), poziție ontologică pe care o regăsim și în ***structura ființei umane*** unde „categoriile ontologice sunt faze ale evoluției sale, forme ierarhizate ale dialecticii care o smulge fatalității pentru a constitui mișcarea contingentă și liberă a istoriei sale" (H. Ey 1981: 195).

Ideea de natură pe care o concepe Henri Ey, înțeleasă ca „ordine a realității lumii" (op. cit. p. 193) nu poate fi redusă la o viziune monistă, la un fel de plan orizontal ci, mai degrabă, trebuie privită într-o perspectivă pluralistă ca o *ierarhie de forme* având în plan vertical o serie de caracteristici și anume:

„ a. diversele niveluri ontologice sunt în raport dialectic de interacțiune și de reciprocitate;

b. aceste diverse niveluri compun o subordonare care îi conferă naturii sensul său, desemnând-o ca pe o săgeată a timpului, deci ca o istorie. Prin urmare, natura se confundă cu istoria naturală a cursului său, cu „*cursus*"-ul său" (H. Ey 1981: 194).

Natura nu este „un ansamblu de obiecte determinate prin propria lor mișcare, ci o ordine compusă de fenomene temporale acționând și reacționând pe ***mai multe niveluri de organizare***" (ibidem).

În acest fel se poate spune, preluând distincția scolastică dintre *natura naturans* și *natura naturata*, că natura trebuie considerată atât „naturans" cât și „naturata" (ibidem).

„O astfel de viziune cu privire la natură, care reia aici atâtea idei metafizice emise de la ”fiziologii”greci până la Leibniz și filosofii romantici germani, sau la ideile lui Bergson despre evoluția creatoare, nu poate separa în forme juxtapuse ”ideile”(din punct de vedere epistemologic) și nivelurile de realitate (din punct de vedere ontologic) care sunt implicate într-un sistem coerent al naturii, în același timp creatoare și creată, finalizată și determinată, în fond liberă de a se determina și de a asigura, prin legile necesității sale, traiectoria teleologică și istorică a destinului său. Natura este, într-adevăr, creația continuă a lumii și lumea este această creație (*naturans*) și ansamblul lucrurilor create (*naturata*)" (H. Ey 1981: 194).

PROBLEMA RAPORTURILOR MINTE – CORP

Luăm în considerare aici, în primul rând, **raportul dintre *psihic* și *organic***, prezentat în termenii filosofici de *imanent* și *transcendent*, în care Ey propune ideea de **emergență,** termen dialectic ce „depășește conceptele de transcendență și imanență" (cf. *Étude No. 2*, p. 45, nota 1 de jos).

NATURA PSIHICULUI ŞI PROBLEMA DUALISMULUI CARTEZIAN

Încercarea lui Henri Ey de a depăşi dualismul cartezian în ceea ce priveşte raportul minte – corp, are consecinţe atât asupra teoriei sale despre conştiinţă, cât şi asupra teoriei despre inconştient.

În ceea ce priveşte raporturile minte-corp, Henri Ey propune următoarea ipoteză de bază asupra structurii fiinţei psihice: „fiinţa psihică reprezintă nu o juxtapunere a două esenţe paralele (*dualism*), nici două feţe ale unui acelaşi plan (*monism*), ci o organizare ierarhizată a structurii sale” (H. Ey 1963: 723). Această ipoteză, pe care Henri Ey o numeşte „concepţia pluralistă şi ierarhizată a raporturilor dintre fizic şi moral” (H. Ey 1963: 723), este considerată „dialectică” sau „dinamistă” pentru că „pune accentul pe *mişcarea* care produce trecerea, în evoluţia însăşi a organismului, de la infrastructura organică la suprastructura psihică” (H. Ey 1963: 723).

„Aceasta înseamnă că raporturile între corp şi spirit nu sunt nici raporturi de contiguitate, nici de pură şi simplă identitate, ci raporturi dialectice de evoluţie şi organizare” (H. Ey 1963: 724).

STRUCTURAREA ORGANISMULUI PSIHIC ŞI APLICAREA CONCEPTULUI JACKSONIAN DE EVOLUŢIE

Henri Ey adoptă astfel conceptul de evoluţie[20] de la neurologul britanic J. H. Jackson pe care îl transpune la nivel ontologic, arătând că fiinţa umană se dezvoltă, organizându-se pe mai multe niveluri structurale. Numărul acestor niveluri este variabil în scrierile lui Henri Ey. Într-un text din anul 1972 (H. Ey „*Fragments de l'oeuvre militante*”) sunt descrise trei planuri structurale succesive:

1. ”Mai întîi, nou-născutul, prins în circuitul închis al funcţiilor sale vegetative, privat de orice activitate şi care îşi asumă doar vitalitatea sa” (Obs.: nu a apărut încă nivelul psihic, ci doar nivelul vital al organismului biologic ale cărui funcţii vitale îi asigură supravieţuirea);
2. ”Pe urmă se constituie o viaţă de relaţie automatică în decursul căreia se coordonează funcţiile sale senzori-motorii” (Obs.: apar schiţele vieţii psihice care constă acum din funcţii psihice automate de tip senzori-motor, aşa cum au fost ele descrise de exemplu de psihologia genetică a lui Piaget);
3. ”În fine, se constituie şi se organizează, odată cu limbajul şi viaţa socială, *Persoana umană*” (H. Ey, 1972).

Ne punem următoarele întrebări:

- Este acest *„model dialectic”* un *model ştiinţific* sau doar unul filosofic (metafizic)? Se rupe *psihologia* lui Henri Ey de *metafizică*? Este modelul de organizare şi funcţionare a psihicului la care ajunge concepţia psiho-dinamică a Maestrului de la Bonneval, o *psihologie ştiinţifică*, distinctă de metafizică, aşa cum doreau pionierii acestei discipline Wundt, Ribot etc.?
- Faptul că, ontologic, Henri Ey admite trei niveluri, ce implică acest lucru pentru *limbajul în care le descriem*? (de ex. limbajul fizicii şi chimiei pentru nivelul fizic,

[20] John H. Jackson preia la rândul său acest concept de *evoluţie* de la filosoful Herbert Spencer.

limbajul biologiei pentru nivelul vital, limbajul psihologic şi fenomenologic pentru nivelul psihic, limbajul ştiinţelor sociale pentru nivelul spiritual, inclus în nivelul psihic).

- De asemenea, ce implicaţii are această teorie ontologică pluralistă pentru *tipurile de explicaţii* date fenomenelor psihopatologice?[21]

Dacă, pentru Mario Bunge, ***nivelul supraindividual*** (deasupra organismului biologic) este ***nivelul social***, deci o comunitate de oameni, pentru Hartmann, Ey, Popper, deasupra individului (ca spirit individual) se află ***spiritul obiectiv*** sau ***cultura***. Diferenţa este semnificativă. Pluralismul lor ontologic este diferit. Pentru Hartmann formarea comunităţii (societatea) este inclusă în spiritul obiectiv (cf. p. 18). *Viaţa psihică* emerge, atât pentru Bunge cât şi pentru Hartmann şi Ey, numai la *nivel organismic*. Numai organismele individuale pot avea psihic. Problema lui Henri Ey este însă aceea de a stabili care sunt acele organisme la care apare conştiinţa, dintre cele la care se poate vorbi de existenţa psihicului (chiar în forme rudimentare, cum este cazul plantelor la care nu s-a descris decât o formă de sensibilitate). În mod cert, conştiinţa nu apare decât la nivelul vital (cf. H. Ey 1983: 24). *Conştiinţa,* spune Henri Ey, nu apare la plante, în schimb apare la animale (atât inferioare cât şi superioare). Ey adoptă astfel *teza continuităţii* între zooconştiinţă şi conştiinţa umană (H. Ey 1983: 25-26). În schimb, *personalitatea* nu apare decât la om. Nu se poate vorbi de personalitate la animale, spune Henri Ey. Aici Ey adoptă o *teză a discontinuităţii* între animal şi om. Un organism uman individual, nu devine o persoană decât prin cuprinderea sa în spiritul obiectiv sau cultură. La rândul ei, cultura este cuprinsă în spiritul individual, individul fiind de fapt purtătorul de cultură. Ceea ce ar putea fi privit ca o contradicţie, nu este decât reflectarea viziunii dialectice a lui Henri Ey în problema raporturilor dintre spiritul individual şi spiritul obiectiv (cultura). În opinia noastră, putem înţelege mai bine această concepţie, dacă facem apel la un fragment din „*Noua şi vechea ontologie*” a lui N. Hartmann (1997): „Limba, dreptul, moravurile, morala, formarea comunităţii, religia, tehnica, arta, constituie spiritul obiectiv. În acesta nu există nici un fel de acte, nici o conştiinţă (care i-ar corespunde ca întreg) nici o ereditate; continuitatea sa este una impersonală, el se transmite întrucât indivizii, crescând în el, îl preiau şi îl duc mai departe. Aceasta este forma conservării sale, o consistenţă de un fel aparte. Prin cuprinderea de către el însă, indivizii sunt mai mult decât subiecte, sunt persoane. Determinările categoriale ale persoanei sunt în schimb de un fel nou: prevederea şi predeterminarea (activitatea cu scop); libertatea şi conştiinţa valorii. Abia în comunitate şi în spiritul obiectiv, persoana este o fiinţă morală şi în stare de responsabilitate” (N. Hartmann 1997: 18).

[21] A se vedea L. Kirmayer et al 2000, privind *nivelurile de descriere* şi *tipurile de teorii explicative în psihopatologie*, precum şi B. Good & A.Kleinman 1985 – modelul depresiei pe cinci niveluri de descriere.

RAPORTUL ÎNTRE SPIRITUL OBIECTIV ŞI SPIRITUL INDIVIDUAL

În această privinţă, constatăm că Nicolai Hartmann descrie două raporturi diferite:

1. *precedenţă / anterioritate în timp* – spiritul obiectiv precedă existenţa indivizilor şi formarea la ei a spiritului individual;
2. *conţinere* – spiritul obiectiv conţine spiritele individuale (p. 18). În acelaşi timp „spiritul nu se mişcă în aer, noi îl cunoaştem numai ca viaţă spirituală purtată – purtată de fiinţa sufletească nu altfel decât aceasta este purtată de organic şi, mai departe, de material” (N. Hartmann 1997: 58).

Raportul între spiritul obiectiv şi psihicul uman este explicat la pagina 59 astfel: „…este vorba de o autonomie a nivelului superior faţă de cel inferior tocmai în dependenţa faţă de el”. Acesta este modelul general descris de Nicolai Hartmann pentru raporturile dintre nivelurile succesive ale realităţii*:* *autonomie* şi *dependenţă*[22]. În acelaşi timp, felul dependenţei, al „rezemării” straturilor superioare pe cele inferioare este diferit (cf. N. Hartmann 1997: 19):

„În construcţia lumii nu există nici un fel de suspensie liberă a straturilor superioare. Ele dăinuiesc numai în sprijinirea pe cele inferioare, sunt susţinute de acestea. Felul repausării este însă diferit. Viaţa organică este purtată de natura neînsufleţită, întrucât aceasta îşi are configuraţiile ei (atomi şi molecule) drept bază de construcţie. Viaţa sufletească însă nu are drept temelie configuraţiile şi fenomenele organice, ci se ridică deasupra lor, ca o cu totul altă lume. În primele cazuri avem un raport de supramodelare, în cele din urmă, unul de supraconstrucţie. În primul caz, categoriile stratului inferior străbat în cele superioare, în cazul din urmă rămâne din ele o parte esenţială” (p. 19).

Cum trebuie să înţelegem acest fragment din Hartmann şi în ce constă propriu-zis diferenţa între cele două tipuri de raporturi?

Răspunsul îl găsim la pagina 17: „Tot ceea ce urmează aparţine doctrinei categoriilor. Aceasta cuprinde principiile comune (categoriile fundamentale) şi pe cele speciale ale straturilor particulare ale fiinţei. Dintre acestea din urmă nu toate sunt restrânse la un singur strat, unele străbat până la nivelurile superioare ale fiinţării, altele se întrerup la graniţele dintre straturi. Astfel spaţiul, substanţa (inclusiv materia) şi structurile matematice se întrerup deasupra organicului, pe când timpul, procesualitatea, cauzalitatea ş.a. continuă să domine mai departe, în sus, în fiinţa sufletească şi spirituală; viaţa sufletească este ne-spaţială, imaterială, ne-matematică, însă temporal şi procesual are propria sa cauzalitate şi acţiune reciprocă” (p. 17).

Într-o manieră asemănătoare, pentru Henri Ey **corpul psihic** nu se suprapune în spaţiu peste corpul fizic, ci între ele există o succesiune în timp, corpul psihic fiind constituit dintr-o ordine ierarhizată de structuri psihice (H. Ey 1983: 23, 141). Iar când se vorbeşte de **structură psihică**, spune Henri Ey, „se au în vedere forme de organizare, scheme dinamice, considerate, după intuiţia bergsoniană, ca un spaţiu în

[22] cf. Nicolai Hartmann 1997, pp. 19, 20, 60, 165.

durată” (H. Ey 1983: 23). Ca şi pentru Hartmann, pentru Henri Ey, viața psihică îşi pierde determinările spațiale şi substanțiale, fiind caracterizată prin aspectele temporal şi procesual, precum şi printr-o cauzalitate proprie (cauzalitatea psihică). (cf H. Ey 1983: 141).

MATERIALISM VERSUS SPIRITUALISM

Putem spune însă că viața psihică la Henri Ey este imaterială ca la Hartmann? Este el de acord cu teza că „spațiul şi substanța (inclusiv materia) … se întrerup deasupra organicului…”? Am putea spune că da, în măsura în care este respins caracterul substanțial al conştiinței (conştiința nu este o substanță – cf. H. Ey 1998: 5) sau relațiile spațiale între nivelurile structurale ale conştiinței.
În acelaşi timp, conştiința nu este un strat subțire, imaterial la suprafața Inconştientului, ci are o organizare, fiind caracterizată printr-o infrastructură ce implică corpul fizic, în special creierul (a se vedea şi H. Ey 1998: 141-146). Iată ce spune în acest sens Henri Ey: „În realitate, psihismul şi nervismul sunt legate de la cele mai joase niveluri ale organizării sistemului nervos, iar nivelurile cele mai înalte, depinzând de structurile cerebrale, nu sunt închise, ci, dimpotrivă, deschise. Astfel, *highest level*, constituit de cortex, **depinde de** infrastructurile sale şi, departe de a se afla localizat într-o anumită parte a scoarței, el reprezintă elaborarea dinamică indefinit deschisă în afara condițiilor sale spațiale” (H. Ey 1998: 142-143).
Regăsim ideea hartmanniană de *dependență* a nivelului psihic de cel organic. De asemenea, ideea eliminării condițiilor spațiale deasupra organicului. În acelaşi timp, tot la pagina 143 din *Conştiința*, regăsim ideea de *autonomie* cu privire la creier şi la organizarea sa ca un „creier creator”:
„Creierul nu poate fi considerat numai ca o suprapunere de centri anatomici în care centrul superior ar comanda pe cel inferior. Dacă ar fi astfel, într-adevăr *highest level* nu ar fi decât un centru reflex de control mai înalt sau mai complicat şi, în ultimă analiză, caracterul „psihic” al acestui centru anatomic ar părea contradictoriu, prin materialitatea sa spațială în raport cu natura sa psihică. A aduce din nou până la cel mai înalt nivel al unei ierarhii un centru psihic înseamnă a-l considera ca fiind de o altă natură, neputându-se ieşi astfel, odată cu H. Jackson, din ipoteza paralelistă a concomitenței” (H. Ey *Conştiința* 1998: 142).

NIVELUL ONTOLOGIC LA CARE APARE CONŞTIINȚA

Pentru Bunge conştiința apare numai la nivelul ontologic organismic (ea nu apare nici la nivel neural, nici la nivel supra-organic). Numai organismele sunt înzestrate cu capacități spirituale (deci şi cu conştiință). (M. Bunge 1984: 316). Însă, conştiințele nu constituie un nivel ontologic propriu, pentru că nu există conştiințe fără corp. (p. 316). Pe scurt, spune Bunge, „în ontologia noastră, conştiințele nu constituie un nivel supraorganic, deoarece ele nu formează câtuşi de puțin un nivel (p. 316). În opinia sa, spiritul este emergent relativ la nivelul fizic, fără a-l reifica. Prin urmare, spiritul (spiritul individual – n.n. VT) nu este un lucru compus din alte

lucruri de alt nivel inferior, ci o colecție de funcții ale ansamblelor neuronale, pe care nu le au neuronii individuali (M. Bunge 1984: 316).
Se pot descrie mai multe **filosofii „regionale”**: filosofia fizicii, biologiei, mentalului, conştiinței, inconştientului, ştiințelor sociale, culturii. S-a mai descris şi filosofia vieții, având ca obiect central ***conceptul de viață*** (cf. Schnadelbach & Martens 1999: 516, H. Ey cap. II *Conştiința, Études psychiatriques* vol. III). Unele dintre ele au ca obiect de reflecție niveluri ontologice specifice: fizic, biologic, social. Altele se ocupă de aspecte particulare ale unui nivel dat; de exemplu la ***nivel biologic*** se descriu aspectele *mental, conştient* şi *inconştient*.

Concepția filosofică a lui Bunge, pe care autorul însuşi o numeşte **organicism sistemic** (op. cit. p. 260) se consideră a fi o alternativă la disputa dintre *mecanicism* şi *vitalism*. Organicismul sistemic susține teza că ființele vii constituie chimisisteme ale căror proprietăți fundamentale, luate una câte una, sunt fizice sau chimice, dar care se combină într-un mod propriu în organisme (M. Bunge 1984: 260).

Conform acestei concepții, **mintea, conştiința şi inconştientul, apar numai la nivelul biologic al organismelor individuale**. Ele nu apar (cel puțin în opinia lui Bunge) la *nivel infraorganismic* (i. e. la nivelul grupelor neuronale) şi nici la *nivelul supra-organic* (i. e. social). Este respins atât ***panpsihismul*** (poziție monistă potrivit căreia nici lumea corporală nu trebuie considerată în ultimă instanță drept fizică, materială, ci drept una spirituală) cât şi ideea de ***conştiință colectivă*** propusă de sociologul francez E. Durkheim.

Pe de altă parte, putem continua noi, inconştientul este individual, fiind în raport cu conştiința individuală. Este respins astfel, conceptul de inconştient colectiv propus de C. G. Jung.

Prin urmare, mințile, conştiința şi inconştientul se întâlnesc numai la nivelul organismelor individuale. Pentru Bunge, mintea reprezintă un ansamblu de funcții ale sistemului nervos central (op. cit. p. 263). Schematic, avem următoarea succesiune:
stări ale organismului – stări ale creierului – stări mintale – stări conştiente – stări ale conştiinței de sine (M. Bunge 1984: 313).

Şi pentru Henri Ey conştiința apare doar la nivelul vital, al organismului biologic. Pentru el însă, conştiința nu este o *stare*, nici o simplă *funcție*, nici o *proprietate a creierului*.

Nivelul vital se află între *nivelul fizic* şi *nivelul psihic*. Există o specificitate a viului, ireductibilă la proprietățile materiei nevii. De asemenea, **corpul psihic**, *emerge* doar la nivelul de organizare specific organismelor vii (nivelul vital). Corpul psihic prelungeşte şi depăşeşte corpul fizic. Trecerea de la un nivel ontologic la altul este**: 1) dialectică; 2) conflictuală**. Totul se petrece în timp: anorganic---organic---vital---psihism uman---psihism individual. Ontogeneza duce la ontologie. Astfel se face trecerea: specie---constituție biotipologică---personalitate individuală. Are loc evoluția funcțiilor psihice (formarea unei cauzalități psihice) (H. Ey *Études psychiatriques* vol. I p 263).

Două observații merită făcute aici:
1. Această poziție ontologică ce situează mintea la nivelul organismului biologic, se leagă firesc cu problema situării minții umane, înăuntrul sau în afara organismului. Henri Ey adoptă o poziție internalistă în această privință.
2. Regresia psihicului individual ce apare în cazul bolilor psihice, nu se poate face pe nivelul inconştientului colectiv, ci pe niveluri ale inconştientului individual.

FINALISMUL (TELEOLOGIA) CORPULUI PSIHIC

M. Bunge îi critică pe Fr. Jacob şi J. Monod (1970 / 1991) care atribuie un *proiect teleonomic* oricărui organism biologic[23]. Henri Ey însă, împrumută şi încorporează în concepția sa, filosofia biologică finalistă a lui Jacob şi Monod, atribuind în plus față de *proiectul teleonomic* şi un *proiect personal*, ființei umane conştiente.

Teleologia corpului psihic tinde spre constituirea unui *Subiect autonom* ce îşi instituie propriile norme. Henri Ey spune că, prin instituirea unui *proiect personal*, Subiectul se sustrage dublului determinism: *1) natural (genetic); 2) cultural*. Subiectul evoluează spre auto-determinare (H. Ey, 1983).

În acest context, ne întrebăm: I) mai este Psihiatria o ştiință pur naturală? II) cum este posibil acordul intersubiectiv şi comunicarea cu ceilalți, pe care Henri Ey le consideră definitorii pentru conceperea domeniului Psihiatriei şi pentru evaluarea pacienților?

PROBLEMA SITUĂRII CORPULUI PSIHIC ÎN RAPORT CU CORPUL FIZIC

Henri Ey îşi pune şi el *problema situării psihicului uman*: *înăuntrul* sau *în afara* corpului fizic, delimitat de tegument? Iată cum formulează el problema şi cum clasifică tipurile de soluții care au fost date de-a lungul timpului în psihiatrie:
„Problema este atunci redusă la interogația sa esențială: „corpul psihic" se află în interiorul sau în exteriorul tegumentului, înăuntrul sau în afara organizării, aşa cum se spunea în secolul al XIX-lea (cf. faimoasa discuție din 1855 de la Societatea Medico-Psihologică)? Fără îndoială, putem răspunde că el este situat în ambele locuri, ceea ce ar fi o manieră de a nu răspunde deloc; însă moartea este aceea care îi dă vieții sensul ei şi limitele corpului său: *„corpul psihic" dispare (sau supraviețuieşte, cum susțin cei ce cred în nemurirea sufletului, dar fără să conteste faptul că el şi-a părăsit habitaclul) atunci când moartea distruge tot ceea ce conținea tegumentul din viața individuală, până la, dar inclusiv şi sufletul însuşi.* Astfel încât, atunci când se tinde să se reducă viața psihică la a nu fi decât o „viață" de relație „auto-reglată" sau „condiționată", adică exclusiv determinată de către mediul exterior, se suprimă de fapt, din această viață corporeitatea sa esențială, viața sa. Dacă privim acum problema psihopatologic, vom înțelege mai bine că pentru o *Psiho-sociologie* care face să depindă "corpul psihic" de achizițiile experienței, de

[23] Spre deosebire de cei trei francezi, M. Bunge consideră că, aşa numitele proiecte teleonomice, cu care ar fi dotate organismele vii, pot fi reduse la *mecanisme de biocontrol*, fără nici o tentă finalistă.

influențele mediului, de acțiunea altora sau a relațiilor umane în general, acest „corp psihic" fie *încetează de a mai aparține corpului*, fie este condamnat să nu mai existe decât *în exteriorul* tegumentului. Astfel încât, toate variațiile sale, oricare ar fi acestea (şi distincția între variații normale şi patologice îşi pierde prin aceasta, însăşi sensul ei), vor fi efecte, mai mult sau mai puțin directe, în spațiu şi în timp, ale mediului exterior. Teoriile „organiste" sau „organiciste" sunt, dimpotrivă, cele care consideră că organizarea organismului în întregimea sa (inclusiv, aşa cum vom vedea mai târziu, „corpul psihic") trebuie să fie în mod necesar alterată pentru ca să se producă o stare patologică. În fond, este vorba aici de *principiul fundamental al Medicinii*: orice boală este „naturală", adică ea atinge omul în *natura sa*, care este aceea de a fi un om organizat în individualitatea sa (în teritorialitatea circumscrisă de tegumentul său) şi în totalitatea corpului său" (H. Ey 1975: 215-216).

Din acest text reiese clar poziția lui Henri Ey în această problemă a situării psihicului uman. Este o *poziție internalistă*. Ea are consecințe importante asupra concepției psihopatologice a lui Henri Ey, aşa cum indică el însuşi în continuare în Monografia din 1975: 216-217 şi aşa cum o vom arăta şi noi în capitolul dedicat cunoaşterii clinice în psihiatria organo-dinamică.

NIVELUL EPISTEMOLOGIC GENERAL

CONCEPTUL DE EPISTEMOLOGIE GENERALĂ

Epistemologia[24] sau *filosofia ştiinței* este ramura filosofiei care studiază *cercetarea ştiințifică* şi produsul său, *cunoaşterea ştiințifică*: premise, concepte, metode (M. Bunge 1982:13).

Procesul intens de diversificare şi specializare a *cunoaşterii ştiințifice*, are drept complement necesar menținerea, de asemenea în dinamică, a unui fond de însuşiri comune tuturor ramurilor ei. Printre alte consecințe ale acestui fapt, este şi acela că epistemologia, ca reflecție filosofică asupra ştiinței, ca examinare critică şi evaluare a ei, se constituie atât în interiorul fiecărei ramuri a ştiinței, căpătând caracterul de **epistemologie specială** (epistemologia matematicii, fizicii, istoriei, tehnicii etc.) cât şi cu referire la ştiința în ansamblul său, numindu-se atunci **epistemologie generală** (Şt. Georgescu 1978: 121).

Epistemologia generală sau **externă** reprezintă epistemologia care are ca obiect ştiința în general. Ea pretinde că poate păstra o perspectivă largă, care îi permite să compare probleme din diferite ştiințe şi să țină un discurs general asupra ştiinței, apropiat prin aceasta de **gnoseologie** (*teoria cunoaşterii*). *Generală* sau *regională*, epistemologia înțelege să studieze ceea ce face ca ştiința să fie ştiință, caracterul ei ştiințific, ceea ce face ca un concept, o ipoteză, o lege, o metodă, o teorie, să fie considerate ştiințifice.

[24] Noțiunea apare în 1905 în *The New Encyclopedia Britannica*, apoi în 1906 în *Larousse illustré*. Termenul provine din greacă: *epistemé* înseamnă cunoaştere sau ştiință, iar *logos* înseamnă în acelaşi timp limbaj, discurs şi judecată, studiu ştiințific. În engleză, *epistemology* conservă cele două sensuri de epistemé, definindu-se ca studiul cunoaşterii sau teoria ştiinței. În franceză, epistemologia este studiul ştiințelor, studiul modurilor de cunoaştere fiind rezervat gnoseologiei.

Două caracteristici par să definească un studiu epistemologic: ***1. aspectul reflexiv***: epistemologia se defineşte prin felul în care înțelege să reflecteze asupra ştiințelor. Discurs despre discursul ştiințelor, epistemologia apare ca o meta-disciplină, o meta-ştiință (meta-cunoaştere) în sensul că se ocupă de studiul principiilor, metodelor, ipotezelor, rezultatelor, evoluțiilor şi practicilor diferitelor ştiințe pentru a le determina valoarea şi importanța. ***2. aspectul critic***: de la I. Kant, epistemologia păstrează atitudinea critică, supunând raționalitatea ştiințifică tribunalului rațiunii. În sensul în care aceasta caută să afle prin ce anume ştiința este ştiință, ştiințificitatea sa, epistemologia se găseşte în continuitate cu analiza critică a cunoaşterii, în special a cunoaşterii ştiințifice.

Epistemologia mai poate fi definită şi ca disciplina care se concentrează asupra formulării unor răspunsuri la întrebări-cheie cum ar fi: Ce este cunoaşterea? Ce putem cunoaşte? Care sunt cerințele întemeierii opiniilor noastre? Care este diferența între a cunoaşte şi a avea o opinie adevărată? Cum se poate răspunde argumentelor sceptice mai vechi sau mai noi produse de filosofi?

Utilizând *tehnici logic-formale* sau *tehnici ne-formale de analiză*, epistemologia urmăreşte să ofere instrumentele conceptuale adecvate pentru analiza pretențiilor de cunoaştere ale opiniilor din ştiință, iar în sens mai larg, ale opiniilor din viața de zi cu zi.

În ceea ce priveşte scopurile şi metodele cercetărilor epistemologice, ele fac obiectul unor discuții de pe poziții diverse. Spectrul acestor interpretări este foarte larg, după cum arată următorul fragment din I. Pârvu: „La o extremitate se situează concepțiile după care epistemologia trebuie să rămână o încercare de explicare şi justificare a pretențiilor de cunoaştere ale ştiinței prin **reconstrucția rațională** a formelor ei de expresie şi organizare, un demers atât descriptiv (asumând realitatea şi validitatea ştiinței existente), cât şi normativ, reprezentând nu doar o indicare „necritică a modurilor obişnuite de gândire cu toate defectele şi inconsistențele lor, ci o reconstrucție rațională, critic corectată..., care să conducă la rezultate mai sistematice , consistente şi în anumite puncte mai corecte decât modul de gândire obişnuit" (R. Carnap „*Logical Foundations of Probability*" citat de I. Pârvu). O altă poziție o ocupă viziunile care concep epistemologia ca o metodologie preponderent normativă, care să ofere conceptul general al adevărului şi metodei ştiinței, să construiască standarde şi criterii de evaluare şi control ale ipotezelor ştiințifice. Scopul lor nu este descrierea în sine a „dat"-ului ştiinței, ci optimizarea cercetării şi progresului cunoaşterii. O altă poziție cu totul extremă în acest spectru al interpretărilor meta-epistemologice, o ocupă diferitele propuneri de **naturalizare a epistemologiei** sau chiar de **eliminare a epistemologiei** şi înlocuire a ei cu alte discipline succesoare: psihologia cognitivă, istoria şi sociologia ştiinței, filosofia limbajului etc. Expresia extremă a acestei poziții nihiliste o întâlnim în lucrarea lui R. Rorty „*Philosophy and the Mirror of Nature*", 1979„ (I. Pârvu 1998: 15).

În opinia lui Mario Bunge (1982) ***epistemologia***, asociată cu ştiința şi dispunând de instrumentele formale ale filosofiei, poate aduce următoarele contribuții:

a.***degajarea ipotezelor filosofice*** (semantice, gnoseologice şi ontologice mai ales) în cadrul planurilor de cercetare, a metodelor sau rezultatelor;

b.elucidarea şi sistematizarea ***conceptelor filosofice*** utilizate în numeroase ştiinţe;
c.contribuie la rezolvarea problemelor ştiinţifice şi filosofice;
d.**reconstrucţia raţională a teoriilor ştiinţifice** în manieră axiomatică, profitând de această ocazie pentru a pune în evidenţă ***fundamentele lor filosofice***;
e.participarea la dezbaterile cu privire la natura şi valoarea ştiinţei pure şi aplicate, clarificarea ideilor legate de acestea, ajutor dat la elaborarea politicilor culturale;
f.să servească de model altor ramuri ale filosofiei, în special etica şi ontologia, care ar putea profita de pe urma unui contact mai strâns cu tehnicile formale şi cu ştiinţele (M. Bunge, 1982).

POZIŢIA DE BAZĂ SAU RELAŢIA NOASTRĂ CU REALITATEA

Edwin Hersch identifică două paradigme majore în ceea ce priveşte relaţia noastră cu Realitatea exterioară: *dualismul cartezian* şi *„Fiinţa-în-Lume”* (E. Hersch 2003: 39). În opinia sa, *vechea paradigmă*, dominantă în gândirea psihologică şi medicală din cadrul culturii vestice moderne, presupune un subiect gânditor s care este în mod primordial separat şi distinct de obiectul de gândit o, între ele existând o relaţie problematică R care îi conectează. În acest *model dualist cartezian*, relaţia noastră primară cu obiectele este considerată ca fiind una de cunoaştere. Cunoaşterea, spune Hersch în continuare, este văzută ca fiind prototipul oricărei relaţii umane cu Realitatea. Ramura filosofiei dedicată studiului cunoaşterii (*epistemé* în limba greacă) se numeşte *epistemologie* (E. Hersch 2003: 40). *Noua paradigmă* îşi are originea în proiectul lui Husserl de a descrie fenomenele aşa cum apar ele conştiinţei umane, scopul ultim fiind acela de a descrie structurile esenţiale ale conştiinţei (sau ale experienţei) pentru a înţelege natura acestora în formele cele mai pure şi cele mai generale adică, anterior sau transcendent în raport cu particularităţile oricărui act dat al conştiinţei (E. Hersch 2003 : 46). La rândul său, Martin Heidegger a făcut câţiva paşi mai departe decât maestrul său, Husserl. El propune un model care, pare să respingă teoriile predecesorilor săi dualişti, constituindu-se, aşa cum susţine Edwin Hersch, într-o reală alternativă la paradigma clasică (E. Hersch 2003: 49). În aplicarea termenului *Dasein*, Heidegger presupune deja atât lumea cât şi timpul. De aceea, *Fiinţa-în-Lume* reprezintă o unitate relaţională sau un sistem care poate fi privit şi înţeles doar ca un întreg. Aşadar, spune Hersch, „a postula separarea părţilor sale (ca în modelul dualist sau sRo) înseamnă a îmbrăţişa o poziţie abstractă şi greşită care conduce la o absurditate inconsistentă cu experienţa noastră fenomenologică” (E. Hersch 2003: 51).

Care sunt consecinţele acestor consideraţii ontologice, asupra înţelegerii noastre cu privire la poziţia pe care o adoptă Henri Ey?

Într-o viziune ontologică dualistă, psihicul este pur subiectiv, fiind separat de lumea externă „obiectivă”. În viziunea ontologică pluralistă a lui H. Ey, care ţine de cea de a doua paradigmă descrisă de E. Hersch, psihicul nu este „pur” subiectiv, ci este o împletire între subiectiv şi obiectiv (cf. H. Ey et al. 1967 – *problemele fundamentale ale psihologiei*). Acest lucru este valabil atât pentru *conştiinţă* – aspectul sincron al psihismului (Henri Ey vorbeşte despre ambiguitatea conştiinţei), cât şi pentru *personalitate* – aspectul diacron al psihismului. Personalitatea se

formează prin încorporarea şi internalizarea valorilor şi a normelor culturale – ceea ce Hegel denumea „spirit obiectiv „ – deşi noi tindem să le înțelegem acum mai degrabă „intersubiectiv”.

Apare astfel aşa-numita *problemă a transcedenței-imanente*[25] pe care filosoful francez Alain Renaut (1998) o defineşte astfel : „*Problematica transcendenței în imanență*…coincide, evident şi cu *problematica obiectivității* şi ne putem da foarte uşor seama în ce privință. Aici este, într-adevăr, vorba despre aflarea manierei în care ar putea fi create, în cadrul imanenței în sine a subiectului, nişte norme pe care eu să le pot impune şi care, totuşi, limitând individualitatea *mea*, să fie susceptibile de a reprezenta o valoare nu numai *pentru mine* (ca individ), ci şi *pentru toți* – norme subiective, bineînțeles, pentru că eu sunt cel care le impune, dar şi intersubiective (transindividuale). În acest sens, trebuie să înțelegem felul în care subiectul poate să afirme ceva *obiectiv*, obiectivitatea desemnând aici acea sferă de validitate supraindividuală a ceea ce, cel puțin în mod normal, este valabil pentru toți (de exemplu, enunțul conform căruia nu trebuie să fii antisemit se opune afirmației pur subiective care face din albastru, sau din roşu, cea mai frumoasă dintre toate culorile). Problema pusă aici coincide deci perfect cu cea a constituirii obiectivității în interiorul subiectivității şi în primul rând, cu problema obiectivității teoretice, unde recunoaştem o formulare particulară a *problemei adevărului*: *cum am putea noi oare să exprimăm, în cadrul subiectivității, nişte enunțuri cu pretenții cognitive, care să nu aibă valoare numai pentru noi (cum ar vrea relativismul) ci şi pentru toți ceilalți?”* (A. Renaut 1998 : 55-6).

Perspectiva fenomenologică şi existențială a lui Henri Ey devine şi mai evidentă atunci când foloseşte alternativ dubletul *experiență - existență / Dasein* pentru aspectele *sincron* şi *diacron* ale psihismului. Într-o astfel de viziune, nu mai poate fi vorba de un subiect complet separat de lumea ca „obiect”, nici sincron (subiectul trezit din somn percepe lumea) nici diacron (Eul ca Subiect al cunoaşterii, cunoaşte Lumea sa), ci dualitatea este depăşită, propunându-se un model non-dualist al relației Subiect – Obiect.

Fenomenologia propunea depăşirea dualismului subiect-obiect la nivelul conştiinței. *Existențialismul* (din perioada *Ființă şi Timp* a lui Heidegger) propunea *depăşirea dualismului Eu-Lume* prin introducerea ideii de Dasein.

Henri Ey propune un model ontologic al relației cu Realitatea, care încearcă să depăşească *dualismul cartezian*:

[25] Conform lui A. Renaut : « Ceea ce constituie poate problematica filosofică a timpului nostru, în epoca încheierii hiperindividualiste a modernității, şi deci problema unei postmodernități reale, se poate, mai degrabă reduce la următoarea dilemă: cum am mai putea oare gândi transcendența unei normativități capabile de a limita individualitatea, în interiorul imanenței în sine care defineşte subiectivitatea? Cu alte cuvinte: problema esențială a societăților moderne este, în fond, aceea de a şti cum să se concilieze « libertatea Modernilor », înțeleasă ca acea nevoie de independență înscrisă totuşi în ideea modernă de autonomie, ca independență față de o alteritate ori de o exterioritate radicală, care-i prescriu subiectului actele sale, cu existența necesară a normelor, exigență obligatorie a intersubiectivității, care presupune o limitare impusă individualismului monadologic, deci o limitare a individualității ? Adică, folosindu-ne de o formulă împrumutată de la Husserl: cum am putea oare să gândim o transcendență în interiorul imanenței ?» (A. Renaut 1998: 53).

1) *dualismul minte-corp* prin modelul ontologic pluralist, alcătuit din „niveluri ierarhizate de integrare” (H. Ey *Conştiinţa* 1998 : 361-362, *Monografia* 1975 : 231, 259-260).

2) *dualismul subiect-obiect* prin recunoaşterea caracterului mixt, subiectiv şi obiectiv al relaţiilor Persoanei umane cu Lumea sa, atât sincron, cât şi diacron.

NIVELUL EPISTEMOLOGIC REGIONAL

CONCEPTUL DE EPISTEMOLOGIE REGIONALĂ

Epistemologia regională sau **internă** reprezintă epistemologia practicată din interiorul unei ştiinţe sau chiar a unei şcoli sau curent, în cadrul căreia se examinează metodele utilizate precum şi modul în care se articulează conceptele; aceasta cu scopul de a-i înţelege specificitatea.

Epistemologiile regionale sunt legate de *clasificările ştiinţelor*. În acest sens, M. Bunge spune: „Dacă luăm în considerare o anume clasificare a ştiinţelor pe plan filosofic, vom obţine tot atâtea ramuri ale epistemologiei câte ştiinţe există în această clasificare” (M. Bunge 1982: 26). În cursul universitar de epistemologie[26] pe care Bunge îl publica acum mai bine de două decenii, sunt descrise următoarele ramuri ale epistemologiei, constituindu-se în tot atâtea *epistemologii regionale*: epistemologia logicii, matematicii, fizicii, chimiei, biologiei, psihologiei, ***medicinii (iatrofilosofia),*** ştiinţelor sociale, tehnologiei, teoriei sistemelor (M. Bunge 1982: 27).

Aşa cum arăta epistemologul britanic John Worrall (1998) în cadrul unui articol dedicat filosofiei contemporane a ştiinţei, „pentru o lungă perioadă de timp, filosofia ştiinţei a însemnat, de fapt, filosofia *fizicii*. O binevenită extindere a apărut recent – în special în direcţia *filosofiei biologiei*. Preocuparea centrală aici a fost legată de problemele fundaţionale în teoria darwiniană a evoluţiei (sau, mai precis, în sinteza neo-darwiniană a selecţiei naturale şi a geneticii). Au apărut întrebări despre testabilitatea şi, mai general, despre dovezile empirice ale teoriei, despre întinderea teoriei (în particular cu privire la ceea ce ea ne spune în legătură cu oamenii şi ştiinţele umane), despre „unitatea de selecţie” adecvată (individ, genă, grup), despre ce sunt, mai exact, genele şi speciile şi dacă biologia evoluţionistă implică moduri de explicaţie distincte, poate chiar, într-un anume sens, „teleologice”. Mai recent, *filosofia biologiei* a început să-şi lărgească sfera, luând în considerare probleme din afara teoriei evoluţioniste (a se vedea *Biologia moleculară*, ***Filosofia Medicinii***), unde aspecte legate de reducţionism şi de posibilitatea unor moduri distinctive de explicaţie sunt larg dezbătute” (J. Worrall 1998, în E. Craig (Ed.) *Routledge Encyclopedia of Philosophy*, 1998-2003).

În cele ce urmează ne propunem să arătăm rezultatele cele mai importante ale cercetărilor întreprinse de către Henri Ey în spaţiul epistemologiilor regionale ale medicinii în general şi ale psihiatriei în special.

[26] Este probabil, una din puţinele lucrări de epistemologie, scrise de un filosof al ştiinţei fără pregătire medicală, care acordă un loc important epistemologiei regionale a ştiinţelor medicale (iatrofilosofia).

TEORIA LUI HENRI EY PRIVIND EPISTEMOLOGIA MEDICINII ŞI A PSIHIATRIEI

În opinia noastră, cercetarea de către Henri Ey a *fundamentelor medicinii şi psihiatriei,* s-a desfăşurat, din punct de vedere metaştiinţific, în două mari direcţii:
I. cercetarea de tip „ştiinţa ştiinţei”[27]:
1. abordarea „externă”: istoria ştiinţei
2. abordarea „internă”: metaştiinţa
II. cercetarea fenomenologică a fundamentelor psihiatriei

I. Cercetarea de tip „ştiinţa ştiinţei”

Din punctul de vedere al abordării „interne” în ceea ce priveşte epistemologia ştiinţelor medicale, Henri Ey explorează fundamentele filosofice ale: **1. medicinii ca ştiinţă; 2. psihiatriei ca ştiinţă (medicală)**. Pentru început însă, el va apela la ***istoria medicinii*** (abordare „externă”) arătând în ce condiţii devine medicina o ştiinţă şi ce fel de ştiinţă este: 1. pentru primul demers, Henri Ey va descrie *„ante-medicina” mitico-magică*, pe care o va supune criticii, procedând în maniera recomandată de celebrul filosof al ştiinţei, Karl R. Popper: „Astfel, ştiinţa trebuie să înceapă cu miturile şi cu criticarea lor; nici cu colecţionarea observaţiilor, nici cu inventarea de experimente, ci cu o dezbatere critică asupra miturilor şi asupra tehnicilor şi practicilor magice” (K. R. Popper 2001: 70). Acest fragment este extrem de important. Lucrarea lui Henri Ey *Naissance de la Médecine* (1981) este concepută ca o critică a medicinilor mitice şi magice, precum şi a primei concepţii naturaliste, ştiinţifice despre boli şi despre vindecarea acestora. În acest sens, ca prim volum al proiectatei istorii a medicinii, ea este bine poziţionată din punct de vedere logic, mai precis, în ceea ce priveşte logica ştiinţei. Aşa cum recomandă Popper, ştiinţa trebuie să înceapă cu miturile şi cu criticarea lor. Ceea ce este însă remarcabil, în cazul lui Henri Ey, este faptul că această lucrare a sa, a fost scrisă la sfârşitul carierei (şi a vieţii) autorului şi a fost publicată postum[28]. Pare să fie o ironie a sorţii. Mai ales pentru un gânditor care a susţinut pe parcursul întregii sale cariere că psihiatria este o ştiinţă. Din punct de vedere logic, într-o perspectivă popperiană, *Naissance de la Médecine* este de fapt, începutul ştiinţei medicale şi ca urmare, începutul ştiinţei psihiatrice, însă cronologic, este de fapt ultima carte scrisă de Henri Ey. Aceasta nu înseamnă că Henri Ey nu a adoptat o poziţie critică faţă de diverse „mituri” mai noi ale ştiinţei psihiatrice. Dimpotrivă, el se manifestă critic, încă de la începutul carierei sale, aşa cum singur aminteşte. Numai că, în permanenta sa cercetare a fundamentelor ştiinţei medicale şi a ştiinţei psihiatrice, a fost condus, treptat, către primele „mituri” pre-ştiinţifice legate de suferinţă, boală şi vindecare. Demersul istoric, este prezent în majoritatea lucrărilor sale (de la *Études*

[27] Clasificarea tipurilor de cercetare metaştiinţifică de tipul “ştiinţa ştiinţei” am preluat-o de la Mario Bunge (*Scientific Research*, vol. I, 1967: 31-33) şi am aplicat-o în analiza concepţiei organo-dinamice, pentru a pune în evidenţă o sistematizare existentă în demersul metaştiinţific al lui Henri Ey.
[28] În anul 1981, adică la patru ani de la moartea lui Henri Ey.

psychiatriques până la *Traité des Hallucinations*) şi culminează cu *Naissance de la Médecine*, parte a proiectatei sale „istorii naturale a nebuniei”.
2. pentru al doilea demers, Henri Ey va arăta că, prin eliberarea de gândirea de tip supranatural, se naşte o medicină raţională ca ştiinţă naturală. În acelaşi timp, cunoaşterea medicală dobândeşte un caracter ştiinţific. Ştiinţificitatea cunoaşterii medicale clinice constă, în opinia lui Henri Ey, din obiectivitatea bolii şi din obiectivarea semnelor şi simptomelor acesteia (H. Ey 1981). În *Naisssance de la Médecine* (1981) Henri Ey descrie procesul logic prin care s-a constituit, după părerea sa, medicina ştiinţifică. În manualul de psihiatrie Henri Ey foloseşte aceeaşi schemă pentru a surprinde naşterea psihiatriei ştiinţifice (H. Ey et al. 1967).

Istoria ştiinţei

În textul său din *Naissance de la Médecine* (1981) dedicat generalităţilor cu privire la *istoria medicinii*, Henri Ey arată că există trei categorii de Istorii ale Medicinii:
1.**istoria „anecdotică”**. Ea „încearcă să ilustreze diversele scene ale exerciţiului medicinii, sau să prezinte documente istorice (manuscrise, opere rare etc.) adesea de mare valoare” (H. Ey 1981: 17).
2.**istoria din manuale**[29]. Ea „este destinată să ofere un tablou sinoptic mai mult sau mai puţin complet al şcolilor şi al modalităţilor de gândire şi de exerciţiu, de-a lungul secolelor. Ele se recomandă în general prin documentaţia lor, mai mult decât prin spiritul care le animă” (H. Ey 1981: 17).
3.**istoria epistemologică**. Ea „este reprezentată prin marile interpretări filosofice şi epistemologice ale Istoriei Medicinii” (H. Ey 1981: 17). Este ceea ce încearcă să elaboreze Henri Ey în scrierile sale. În cele ce urmează, vom descrie câteva din problemele asupra cărora Maestrul de la Bonneval a reflectat, adoptând o poziţie epistemologică în istoria ştiinţei.

Istoria arheologică a conceptului de boală

În volumul *Naissance de la Médecine* (1981), partea a III-a a capitolului dedicat concepţiei hipocratice, are ca temă de reflecţie definiţia obiectului însuşi al Medicinii: *boala* (cf. H. Ey 1981: 214). Aceasta deoarece, spune Henri Ey, „problema esenţială a cărei formulare şi soluţionare reprezintă fundamentul Medicinii, constă în a ne întreba care este obiectul cunoaşterii medicale sau, cu alte cuvinte, care este natura bolii” (H. Ey op. cit. p. 214).
Din acest punct de vedere, ceea ce caracterizează spiritul Şcolii din Cos, poate fi formulat, în viziunea lui Henri Ey, în următoarea teză: *boala este o dezorganizare a naturii omului* (H. Ey 1981: 214). Această propoziţie este, după părerea sa, cea mai radicală din întregul *Corpus hippocraticum* (ibidem).
Care este însă, originea acestui concept? Iată ceea ce îşi propune să lămurească textul lui Henri Ey, pe baza investigaţiilor etimologice şi istorice ale lui Fridolf

[29] Se poate descrie chiar şi o istorie a manualelor, tratatelor şi monografiilor în Psihiatrie. Un exemplu elocvent în acest sens este manualul lui L. Fineltain (2003) publicat pe internet.

Kudlien prezentate în opera acestuia „*Die Beginn des Medizinischen Denkens bei den Griechen von Homer bis Hippokrates*” (1967). F. Kudlien îşi propusese să studieze apariția artei de a vindeca în secolele anterioare celui al lui Pericle şi mai ales, în poemele lui Homer şi Pindar, în învățăturile pitagoriciene şi ale Şcolii de la Crotona (H. Ey 1981: 215).

Kudlien şi-a propus, spune Ey, să descopere rădăcinile lingvistice ale lui τεχνη ιητρικη(techné iatriké). „Cuvântul grec ιατροξ (iatros) este legat etimologic şi semantic de cuvintele ίαίνείν (iainein) ίαρ sau έίαρ sau έαρ (iar, eiar sau ear) purtătoare originar ale sensului de sevă, de căldură vitală sau de sânge. Astfel că prin funcția sa chirurgicală…apare ici şi colo, însă în mod dramatic, imaginea de marcă a medicului. Şi F. Kudlien expune, pornind de la această formă sângeroasă, traumatică (de patologie externă) a celor mai vechi şi rudimentare forme ale artei de a vindeca, o filiație logică (în opinia mea, de cea mai mare importanță) a însuşi conceptului de boală. El reaminteşte de ceea ce Celsus trebuie să fi spus ceva mai târziu, despre cele două mari categorii de boli din Antichitatea greacă şi mai ales din perioada homerică: bolile traumatice care țin de o cauzalitate pe care o vom numi un factor lezional şi pe care poemele homerice nu le desemnează prin cuvântul τραῦμα (trauma) ci prin termenul ελκοξ (helkos); bolile non-traumatice numite νοῦσοι (nousoi) iar uneori λοιμοί (loimoi), câteodată chiar cu un cuvânt mult mai neutru κακοτης (kakotes) exprimând un „rău”, o nefericire sau o stare proastă (*malaise*), de origine mai mult morală (am spune endogenă în zilele noastre, aşa cum Hippocrate spunea la rândul său katastazic sau constituțional)”.

„Definirea bolilor traumatice prin substantivul ελκοξ (helkos) implică ideea unei discontinuități, a unei rupturi, opunându-se termenului άρτεμής (artemos) care înseamnă „intact”. Acest lucru devine capital pentru această definiție originară a bolii. Să spunem că ea implică ideea de dezintegrare, de dezordine, de leziune (în sens larg) a țesutului viu. Şi, într-adevăr, afecțiunile traumatice (lovituri, răniri, traumatisme) sunt şocuri care rup continuitatea anatomică şi funcțională a organelor, pe care simptomele lor (plăgi, hemoragii, tumefacții etc.) le manifestă direct. Acesta este modelul imprescriptibil (am spune noi) al bolii”[….].

„Şi pe acest model, prin aplicarea noțiunii de *helkos* la patologia non-traumatică, s-a extins câmpul patologiei externe până la a include şi patologia internă” (H. Ey 1981: 215, 217).

„Putem fi asigurați de însăşi arheologia cunoaşterii sau mai degrabă a genezei sale, că ideea de a lega boala de o dezordine a organizării, de o ruptură în continuitatea țesutului viu, adică de forma însăşi a constituției sale, având ca finalitate conservarea vieții sale, prin urmare, că această idee este fondatoare pentru orice practică şi orice doctrină medicală” (p. 215).

Se ajunge astfel, la ceea ce Henri Ey numeşte, în altă lucrare „principiul fundamental al Medicinii”: „Toate bolile sunt „naturale”, adică ele afectează omul în natura sa, care este de a fi un om organizat în individualitatea (în teritorialitatea circumscrisă de tegumentul său) şi totalitatea corpului său” (H. Ey 1975: 216; H. Ey 1981: 186).

Ideea de natură pe care o are în vedere Henri Ey, este aceea a unei „creații care generează produsele sale după legile înseşi ale mişcării sale” (H. Ey 1981: 216). Ca o definiție, se poate spune că: „Sensul cel mai general pe care îl putem atribui

cuvântului natură este ansamblul fenomenelor caracterizate prin conformitatea lor la legi care le reglează ordinea şi mişcarea" (H. Ey 1981: 187).
Acest concept de *natură* a dat naştere la numeroase dezbateri cu privire la boală în general şi la natura bolii în particular (H. Ey 1981: 216). Trebuie amintit aici că însăşi problema fundamentală a psihiatriei este cea a *naturii bolilor mintale* şi constă „interogarea asupra cauzei lor fizice sau psihice şi asupra modalităţilor lor de a fi, omogene sau heterogene în raport cu variaţiile normale ale vieţii de relaţie" (H. Ey 1975: 213).

Principii fundamentale ale ştiinţei medicale

În aceeaşi lucrare, *Naissance de la Médecine* (1981: 186-225), Henri Ey expune o serie de *principii fundamentale ale ştiinţei medicale*. Pe scurt, el susţine următoarele teze:

Medicina s-a născut dintr-un conflict de idei între o *filosofie a Naturii* şi o *metafizică magică* sau *mitologică a Răului*;

Medicina nu se putea naşte ca *ştiinţă* şi ca o *practică* în raport cu o cunoaştere decât separându-se de gândirea şi practicile magico-mitice (1981: 186, 3);

Distincţia între *Natural* şi *Supranatural* este fondatoare pentru Medicină (op. cit. p. 3); acest lucru este valabil şi pentru ştiinţa psihiatrică, aşa cum o indică textul dedicat istoriei acestei discipline medicale, din *Manuel de Psychiatrie* (H. Ey et al.1967: 59-62);

Corpus Hippocraticum este, prin textele şi prin spiritul său, prima scriere medicală care garantează patologiei statutul său de ştiinţă naturală iar semiologiei, metoda sa de diagnostic (H. Ey 1981: 186);

Pe baza „artei de a vindeca" expusă în *Corpus Hippocraticum*, Medicina se constituie ca *ştiinţă* luându-şi ca *obiect boala*, concepută şi percepută ca fenomen natural şi nu supranatural, ca viciere a naturii şi nu ca viciu sau păcat (H. Ey 1981: 225);

Caracterul ştiinţific al cunoaşterii medicale se bazează pe principiile obiectivităţii naturale a bolii şi a obiectivării semnelor sale (H. Ey 1981: 186);

Obiectul Medicinii şi *metoda sa de obiectivare* vor fi totdeauna prinse între termenii contradicţiei exprimate printr-o *teorie mecanicistă şi atomistă a bolii* şi o *teorie morală a bolii.* Această mişcare dialectică în care se opun cele două viziuni teoretice, se remarcă pe parcursul întregii istorii a Medicinii aşa cum o indică şi studiul nr. 3 din volumul I al *Études psychiatriques*. Originea acestei alternanţe între *poziţiile mecaniciste*, solidiste şi atomiste, pe de o parte şi *poziţiile dinamiste*, umoraliste şi vitaliste (totaliste), pe de altă parte se află, după Henri Ey, în confruntarea dintre o *filosofie a naturii* şi o *metafizică a Răului*, între naturalismul gândirii greceşti şi credinţele într-o lume mitică şi magică (vezi şi H. Ey 1981: 190-191).

Principiul fundamental al Medicinii, aşa cum am amintit anterior este, în opinia lui Henri Ey, următorul: *„Toate bolile sunt „naturale", adică, ele afectează omul în natura sa, care este de a fi un om organizat în individualitatea (în teritorialitatea circumscrisă de tegumentul său) şi totalitatea corpului său"* (H. Ey 1975: 216). Este cuprinsă aici şi propoziţia pe care Henri Ey o consideră a fi cea mai

radicală din întregul *Corpus Hippocraticum*: „boala este o dezorganizare a naturii omului" (H. Ey 1981: 214). Pentru precizarea conceptului de „natură", precum şi a raporturilor dintre „natură", „natura omului" şi „natura bolii" în medicina hipocratică, dar şi ca fundament al unei concepţii organo-dinamiste asupra bolii în patologia generală, trebuie să ne îndreptăm atenția tot către *Naissance de la Médecine* pp. 186-225.

În momentul în care s-a stabilit *caracterul natural şi nu supranatural al bolii*, se pune problema definirii sale ca ***obiect natural fizic*** sau ca ***obiect de natură morală*** (etico-culturală) (H. Ey 1981: 225);

„Această opoziție latentă şi constantă corespunde opoziţiei schematice dintre concepţia Şcolii din Cnidos şi a celei din Cos" (H. Ey 1981: 225). Mai mult, această *antinomie* va fi vizibilă pe întreg parcursul istoriei doctrinelor medicale sub forma unei oscilaţii între un *model mecanicist (fizic)* şi un *model etico-cultural (moral)*.

Subliniind limitele celor două *modele teoretice antinomice* (fizic şi moral-cultural), Henri Ey propune, în maniera sa dialectică, un model sintetic (care, spune autorul, va tinde mereu să sintetizeze cele două tendinţe) pe care îl numeşte *modelul organismic* sau *modelul organo-dinamic* (H. Ey 1981: 225). Acest model „înţelege să depăşească dialectic termenii acestei contradicţii, tocmai pentru a permite Medicinii să progreseze, adică să devină ceea ce ea are a deveni încă de la naşterea sa" (H. Ey 1981: 225). Aceasta este ultima frază a ultimei cărţi pe care Henri Ey a scris-o. Ce aduce acest model organo-dinamic al bolii? El încearcă să depăşească limitele modelului *reducţionist biologic (mecanicist)* şi al celui *reducţionist cultural (moral)* pe care le combină apoi într-o viziune dialectică, de sinteză, într-un model dinamic non-reducţionist de factură *structuralistă*. Elementele biologic şi cultural se îmbină în geneza şi funcţionarea structurilor psihice, atât în plan *sincron* cât şi *diacron*. Este un model pentru care sunt relevante atât studiile de *biologia creierului* cât şi studiile de *antropologie culturală*, atât timp cât reducţionismele de orice fel sunt eliminate[30].

După ce s-a stabilit *caracterul natural al bolii* şi s-a precizat că reprezintă o dezorganizare, o dezintegrare a ordinii corporale a naturii umane, se caută, printr-un *demers arheologic* de tip foucauldian, stabilirea unei *filiaţii logice şi epistemologice* a conceptului de boală în cadrul medicinii occidentale (cf. H. Ey 1981: 215). Este identificat un **model lezional al bolii** care, din *patologia externă* unde a apărut iniţial, este apoi transferat în *medicina internă* (cf. H. Ey 217) şi apoi în *medicina mintală.* Acest model lezional a fost depăşit de o concepţie „globalistă" sau „gestaltistă" a bolii, care nu mai pune accentul pe patologia lezională a organelor ci se situează la nivelul unei integrări funcţionale, mai mult fiziologice decât anatomică (se trece de la o teorie „ontologică" a bolii la o teorie „fiziologică") (cf. H. Ey 1981: 218).

Un alt aspect caracteristic al bolii din *perspectivă dinamistă* este finalismul (H. Ey 1981: 218). Esenţială pentru gândirea Şcolii din Cos, în opoziţie cu viziunea solidistă a Şcolii din Cnidos, este „interpretarea vitalistă, teleologică a bolii

[30] A se vedea aici şi H. Ey et al. 1967 p. 53.

concepută în acelaşi timp ca o *agresiune* contra ordinii vieţii şi o *apărare* a fiinţei vii pentru salvgardarea propriei organizări" (H. Ey 1981: 218)[31].

O altă caracteristică a dinamismului bolii este exprimată de către Henri Ey prin conceptul de umanism (H. Ey 1981: 219), ceea ce deschide spre *analiza existenţială a bolii* în cadrul concepţiei organo-dinamice. Ideea principală este că „boala nu ţine doar de ordinul unei obiectivităţi extrasubiective şi extrapsihice, ea este o manieră de a fi pentru omul bolnav" (H. Ey 1981: 219). Aici se manifestă o parte din componenta „morală" a modelului organo-dinamic, în care boala nu poate fi privită doar ca un *obiect natural fizic* (fiind obiectivată prin demonstrarea unei leziuni organice) ci reprezintă în acelaşi timp şi un *obiect de natură morală*, adică o „anumită manieră de a fi alterat în natura sa umană" (H. Ey 1981: 219). Aici se află, spune Henri Ey, rădăcina antropologică a Medicinii hipocratice, ce stă la baza percepţiei sale (ibidem). Se remarcă aici premisele unei analize existenţiale efectuate asupra bolii şi, de asemenea, premisele unei „obiectivări" a bolii care nu se reduce la obiectivitatea leziunii organice (cf. H. Ey 1963: 740 – aici Henri Ey vorbeşte despre cele două tipuri de obiectivare, necesare, în opinia sa, pentru a demonstra „realitatea" bolii psihice: *obiectivarea de tip anatomo-patologic* şi *obiectivarea de tip fenomenologic*)[32]. După ce se stabileşte necesitatea unei analize existenţiale a bolii, se merge şi mai departe, precizându-se că *„esenţa obiectivă" a bolii*, determinată fenomenologic şi existenţial, nu este o esenţă statică, eternă, ci are un *dinamism propriu*, o evoluţie proprie, o anumită „constituţie" (*katastasis*) (H. Ey 1981: 219).

Teorii despre boală în istoria medicinii: alternanţa teorii dinamiste / teorii mecaniciste

În volumul I de *Études psychiatriques*, studiul nr. 2 îşi propune să surprindă „ritmul mecano-dinamist al istoriei medicinii", de fapt o alternanţă, pe care Henri Ey, alături de alţi cercetători[33], o remarcă între două tipuri fundamentale de teorii cu privire la boală[34], pe parcursul istoriei ştiinţelor medicale. Este vorba de **teorii dinamiste** şi respectiv, **teorii mecaniciste**:

---

[31] Acest *model al Şcolii din Cos* este aplicat de către Henri Ey **relaţiei dintre somn şi vis**, unde se face distincţia între *accident* (somnul) şi *eveniment* (visul) (cf. *Etudes psychiatriques* vol. I, nr. 8). *Modelul somn-vis al bolii* este apoi aplicat, mai larg, tuturor maladiilor mintale, unde agentul etiologic produce o "agresiune" (accident) asupra arhitecturii ierarhizate a corpului psihic, urmată de generarea unui proces morbid care are ca efect direct apariţia *simptomelor negative*. După o perioadă de latenţă (distanţa organo-clinică de tip temporal), apar procesele de "re-organizare" a psihismului restant (eveniment) ce se exprimă prin *simptomele pozitive*.

[32] A se vedea şi H. Ey 1981: 219, nota 95, unde Henri Ey combate *nominalismul* cu privire la boală.

[33] Dihotomia propusă de Henri Ey corespunde cu cea a lui G. Canguilhem (1966) între *teorii ontologice* şi *teorii funcţionale / dinamice*.

[34] Se pare că această antinomie intrinsecă Medicinii (*model mecanicist* vs *model etico-cultural*) pe care Henri Ey o descrie în volumul *Naissance de la Médecine* (1981), a devenit extrinsecă, începând cu a doua jumătate a secolului al XX-lea, odată cu apariţia **antropologiei medicale** (anii 1955-60) care susţine un model strict cultural (moral) al bolii şi care critică reducţionismul paradigmei biologice (fizice) caracteristice biomedicinii.

„Pe de o parte, o concepţie, în acelaşi timp, vitalistă, biologică, umorală şi totalistă, cea a unei patologii sintetice relativ puţin preocupată să considere boala ca un ‘corp străin’. Pe de altă parte, o concepţie, în acelaşi timp, mecanicistă, anatomistă, solidistă şi atomistă a unei patologii analitice care îşi propune să izoleze ‘maladii’ ca ‘entităţi’. Tocmai acest perpetuu (poate chiar etern) balans între două doctrine, interferenţa lor, opoziţia lor, succesiunea lor în succesul hegemoniei lor periodice este cel care constituie ritmul istoriei Medicinii” (H. Ey 1952: 23).

În opinia lui Henri Ey, această opoziţie care solicită permanent spiritul patologilor încă de la începuturile ştiinţei medicale, corespunde de fapt cu ceva mult mai profund, anume cu o antinomie a raţiunii înseşi (H. Ey 1952: 24).

Una din dimensiunile fundamentale ale acestei dihotomii, a cărei apariţie este situată în epoca hipocratică, în antagonismul primordial dintre cele două cetăţi şi dintre şcolile lor medicale: *Cos* şi *Cnidos*, constă în poziţia diferită a celor două tabere, cu privire la situarea bolii, în raport cu organismul uman şi implicaţiile acestor poziţii asupra *teoriilor etiologice* respective:

„De atunci există *două teorii* care definesc *cauza bolii*: sau ea se datorează unei influenţe exogene exterioare, străine de organism, pe care trebuie s-o decelăm şi s-o combatem: cum această medicină studiază totdeauna faptele izolate, pe care nu le atribuie unui ansamblu, unii autori au denumit-o *analitică*. Sau boala nu este străină organismului, ea se conectează cu o întreagă înlănţuire de asociaţii legate de viaţa însăşi: vom vedea că se numeşte cauză internă sau ascunsă sau endogenă, această cauză morbidă şi se numeşte medicină *sintetică* această medicină de care este legată, întrucât [cauza] este conectată cu ansamblul manifestărilor corpului uman. Aceste două poziţii au ocupat spiritul, rând pe rând, urmând un ritm pe care îl regăsim în alternanţele: Cos şi Cnidos, hipocratism şi galenism, vitalism şi organicism, medicină sintetică şi medicină analitică…” (H. Ey 1952: 24).

Prin ce se caracterizează, la nivel de concepte şi principii, cei doi poli ai gândirii teoretice din istoria medicală occidentală? Iată ceea ce ne spune în acest sens Henri Ey:

„*Dinamismul* este caracterizat, ca doctrină fizio-patologică prin concepţia vitalistă şi finalistă despre organism, considerat ca un echilibru de forţe instinctive ce determină formele şi funcţiile sale şi care se subordonează funcţionării sinergice a părţilor sale în perseverarea fiinţei sale. Corolarele acestui punct de vedere general sunt umoralismul, totalismul şi fiziologismul. În patologie, dinamismul este endogenist şi constituţionalist: bolile sunt înţelese ca perturbări ale funcţiilor vitale, etiologia lor este mixtă, externă şi internă. Cauza internă a bolilor le conferă acest caracter de a fi mai degrabă afecţiuni, decât pur şi simplu, accidente. Boala nu este considerată doar ca un traumatism ci ca o decădere, ca un dezechilibru funcţional: ea este o *reacţie*.

Mecanicismul este caracterizat, ca doctrină fizio-patologică, prin concepţia sa materialistă şi deterministă despre organism, considerat ca un agregat de organe, de părţi contribuind prin adiţia forţelor lor şi prin juxtapunerea formelor lor, la formarea unui ansamblu supus hazardului. Corolarele acestui punct de vedere general sunt: solidismul, atomismul şi anatomismul. În patologie, mecanicismul este exogenist: bolile sunt procese parazite. Boala nu este considerată ca o decădere, ca

un dezechilibru funcțional ci ca un efect al unui simplu traumatism. Boala nu este decât un *accident.*

Dinamismul este de inspirație biologică şi fiziologică. Mecanicismul este de inspirație fizică şi morfologică. Primul admite o relativă autonomie a vieții în raport cu materia. Al doilea face din viață o materie 'pur şi simplu' mai complexă. Dinamismul acceptă o anumită indeterminare a vieții şi a modificărilor sale. Mecanicismul este în mod matematic determinist" (H. Ey 1952: 24).

În cele ce urmează, vom prezenta, pe scurt, maniera particulară prin care *dinamismul* şi *mecanicismul* îşi pun amprenta asupra patologiei generale şi asupra patologiei psihiatrice. Vom face apel la câteva din textele lui Henri Ey dedicate în mod explicit acestei problematici.

În *patologia generală*, teoriile mecaniciste se caracteizează prin: *atomism semiologic, patogenia mecanică a simptomelor* şi *noțiunea de entități specifice* (H. Ey 1952 : 56). Teoriile dinamiste în *patologia generală* se caracterizează prin poziția lor antitetică în raport cu mecanicismul (H. Ey 1952: 169): „În patologia generală, ne referim la o concepție dinamistă despre boală, care trimite la sursa sa hipocratică: boala este o alterare, o afecțiune a organismului somatic unde *accident şi reacție* formează, prin organizarea lor structurală, simptomele" (H. Ey 1952: 175).

În *Psihiatrie*, teoriile mecaniciste se caracterizează, ne spune Henri Ey, prin trei teze[35] principale:

- reducerea tabloului clinic la un simptom bazal (sau la o colecție de simptome bazale);
- interpretarea acestui simptom printr-o patogenie mecanică a localizărilor cerebrale;
- excluderea oricărui factor psihic în etiologie, chiar şi din structura tulburărilor (H. Ey 1955: 1, fasc. 37005 A[30]).

Printre aceste teorii mecaniciste, Henri Ey enumeră, în textul său *Mouvements doctrinaux de la psychiatrie contemporaine*, din tratatul de psihiatrie publicat în *Éncyclopédie Médico-Chirurgicale* (1955) următoarele doctrine: doctrina *automatismului mintal* al lui G. de Clérambault, doctrina *reflexologică* a lui Pavlov şi doctrina *neuro-psihopatologică* a lui Kleist (op. cit pp. 1-2).

Teoriile psihiatrice dinamiste, în schimb, se caracterizează prin: „*totalism, integrare a psihismului*, al sistemului de forțe pe care el îl reprezintă în patogenia tulburărilor şi prin *antinosografism*" (H. Ey 1952: 169).

Referindu-se la semnificația structuralismului dinamic în înțelegerea bolii mintale, Henri Ey va scrie că: „În psihiatrie, 'maladia mintală' sub toate formele şi în toate gradele sale, este o afecțiune a infrastructurii somatice care alterează şi face să regreseze suprastructura psihologică la un nivel inferior sau la o fază anterioară a dezvoltării sale, astfel încât simptomele sale sunt constituite, în acelaşi timp, prin efectele structuralmente organizate ale procesului şi prin eliberarea instanțelor inferioare subzistente. De unde dublul corolar: boala nu creează ci 'eliberează' –

[35] A se vedea şi *Étude No 3,* pp. 56-64 (critica concepției generale de tip mecanicist în Psihiatrie), precum şi *Étude No 5*,p p. 82-101 (critica doctrinei lui Clérambault).

simptomatologia bolilor mintale, a tuturor bolilor mintale, are un dublu versant, unul primar, deficitar sau *negativ*, celălalt secundar, reacţional sau *pozitiv*. Ceea ce se petrece în fenomenul 'somn-vis' este de asemenea, ceea ce se petrece în nevroze şi psihoze" (H. Ey 1952: 175).

Depăşirea opoziţiilor doctrinare, prin „cea de a treia cale"

Henri Ey este de părere că putem şi chiar trebuie să depăşim certurile sterile dintre susţinătorii celor două poziţii doctrinare, printr-un demers dialectic în care să ajungem la o sinteză de un nivel superior, o „a treia cale" între două extreme *mecanicismul* extrem şi *dinamismul* extrem. Această poziţie teoretică este recomandată atât pentru medicina somatică, cât şi pentru Psihiatrie.

Atât concepţiile organo-mecaniciste, cât şi concepţiile organo-dinamiste sunt, de fapt, specii ale aceluiaşi gen: *teoriile organiciste*. Aşadar, spune Henri Ey, putem foarte bine să nu aderăm la o teorie mecanicistă, fără a înceta să fim organicişti (H. Ey 1952: 101).

O *concepţie organo-dinamistă în Psihiatrie* se caracterizează prin următoarele principii fundamentale:

- patologia mintală ţine în mod esenţial de ştiinţele naturii în măsura în care este condiţionată de o dezorganizare (sau o lipsă de organizare) a fiinţei vii ;
- boala mintală, deşi depinde de această dezorganizare, constituie o organizare prinsă în masa existenţei umane subzistente. Sub simptomele deficitare (sau primare) există simptomele pozitive (sau secundare) care stau mărturie pentru condiţia umană angajată în tulburarea [psihică] ;
- *fenomenul somn-vis* reprezintă fenomenul capital pentru înţelegerea tuturor stărilor psihopatologice, în măsura în care este modelul însuşi al unei regresiuni sau al unei disoluţii a vieţii psihice ;
- numai o perspectivă genetică a evoluţiei funcţiilor şi a modurilor de organizare a existenţei umane poate permite o înţelegere a patologiei mintale (H. Ey 1955 : 5, fasc 37005 A[30]).

Filosofia ştiinţei

Vom menţiona în această privinţă, câteva din întrebările majore care se pun, din punct de vedere al filosofiei ştiinţei, în ceea ce priveşte concepţia teoretică a lui Henri Ey, în special teoria sa psihiatrică. Ne vom întreba deci, dacă din punct de vedere organo-dinamic, psihiatria este o ştiinţă, dacă este o ştiinţă a naturii sau a spiritului, precum şi a raporturilor dintre ştiinţă şi non-ştiinţă în concepţia epistemologică a lui Henri Ey. Alte probleme asupra cărora vom insista ceva mai mult, sunt cele legate de raporturile dintre psihiatria organo-dinamică şi alte discipline ştiinţifice, medicale sau non-medicale, precum şi asupra ştiinţificităţii metodologiei clinice.

Psihiatria ca ştiinţă din punct de vedere organo-dinamic

De fapt, când spunem că psihiatria este o ştiinţă, la ce ne referim? Trebuie luate în considerare cel puţin trei niveluri la care se pune problema ştiinţificităţii:
1.cercetarea fundamentală (psihiatria teoretică);
2.cercetarea clinică (psihiatria teoretică);
3.practica clinică (psihiatria clinică).

Pentru Henri Ey, psihiatria este o ştiinţă, nu numai la nivelul *cercetării fundamentale* de biologia, neuro-fiziologia sau neuropatologia creierului, ci şi la *nivel clinic*. Practica clinică, aşa cum nu vom înceta să amintim de aici încolo, este pentru concepţia organo-dinamică, o practică ştiinţifică, fiind fundamentată pe teorie şi la rândul ei, generând noi teorii.

Psihiatria – ştiinţă a naturii şi ştiinţă a spiritului

Dacă ne punem întrebarea: *este psihiatria o ştiinţă*, răspunsul va depinde de orientarea teoretică în care ne situăm. În mod cert, pentru concepţia organo-dinamistă, psihiatria este o ştiinţă. Henri Ey nu uită niciodată să insiste asupra acestui lucru. Dificultatea apare în momentul când încercăm să dăm un răspuns pertinent la întrebarea: ce fel de ştiinţă este psihiatria? De ce ar fi complicat să găsim răspunsul dorit? Deoarece, în textele lui Henri Ey găsim cel puţin trei răspunsuri diferite. Aflăm că psihiatria poate fi considerată o ***ştiinţă naturală***, mai precis o ştiinţă biologică (cf. H. Ey 1973). Am putea înţelege că autorul are în vedere aici psihiatria biologică în sensul actual al cuvântului (E. Zarifian, H. Cuche 1990: 464).

Lucrurile nu stau chiar aşa. Întrucât mai există un sens în care psihiatria este o ştiinţă biologică şi care are o mare importanţă pentru Henri Ey. Avem în vedere aici proiectul său titanic, rămas neterminat, al scrierii unei „istorii naturale a nebuniei”. Putem deci considera că psihiatria este înţeleasă ca o ***istorie naturală***, ceea ce reprezintă un alt tip de ştiinţă (i. e. o ştiinţă de tip aristotelic).

Mai departe, lucrurile pot deveni şi mai neclare dacă luăm în considerare completarea sau, mai bine zis, precizarea lui Henri Ey conform căreia psihiatria nu este numai o ştiinţă a naturii ci şi o ***ştiinţă a spiritului***, o ştiinţă umanistă (cf. H. Ey 1955, vol. I, pp. 5-6; H. Ey 1963: 729). Cum putem înţelege aceste aspecte epistemologice, vom vedea mai departe.
Este psihiatria, în aceste condiţii o ştiinţă de tip galileo-newtonian?
- ca **„istorie naturală a nebuniei”**, psihiatria de tip organo-dinamic, pare mai degrabă o ştiinţă de tip aristotelic (orientare spre descriere şi clasificare, utilizarea de concepte generice, explicaţii de tip teleologic, concepţie vitalistă asupra biologiei etc.)[36];
- ca **psihiatrie biologică**, în sensul contemporan al termenului, ea se bazează pe cercetarea ştiinţifică încadrabilă în paradigma galileo-newtoniană;
- ca **ştiinţă umană**, psihiatria de tip organo-dinamic ia în studiu obiecte care nu se încadrează în paradigma galileo-newtoniană: *corpul psihic* în relaţia sa cu lumea socio-culturală (patologia vieţii de relaţie).

---

[36] Vezi şi textul din M. Foucault despre *istoria naturală* (*Arheologia cunoasterii*, ediţia rom. 1999 pp. 220-221).

Dacă este adevărată ipoteza noastră de mai sus, că **Psihiatria organo-dinamică** este o ***ştiinţă „naturală” de tip aristotelic***, cum se poate acomoda o asemenea concepţie teoretică cu viziunea ştiinţifică contemporană asupra lumii? Mai este loc pentru o ştiinţă aristotelică a naturii bolii psihice? Dacă da, care este acesta?

Tipuri de ştiinţificitate în psihiatria organo-dinamică

Ce tipuri de ştiinţificitate sunt implicate în concepţia organo-dinamică a psihiatriei? În cadrul analizelor noastre, am identificat cel puţin următoarele tipuri, pe care le vom sistematiza astfel:
- tipul de ştiinţă caracteristic „istoriei naturale”;
- tipul de ştiinţă caracteristic biologiei moderne;
- tipul de ştiinţă caracteristic fenomenologiei;
- tipul de ştiinţă caracteristic existenţialismului (heideggerian).

Pentru a proba corectitudinea analizei noastre, putem cita aici următorul fragment din *Étude No. 27*, prin care Henri Ey însuşi caracterizează *proiectul său ştiinţific în psihiatrie*: „Căci acesta este într-adevăr, proiectul nostru „organo-dinamist”, de a sesiza disoluţia conştiinţei într-o perspectivă cât mai completă posibil asupra patologiei sale, [perspectivă] care ar trebui în acelaşi timp să o înţeleagă şi să o explice. În această privinţă, *fenomenologia conştiinţei destructurate* ne trimite în mod necesar nu numai la *antropologia* existenţială a tulburărilor ci, în acelaşi timp la *„ştiinţa naturală”* a creierului (H. Ey 1954: 697).

Problema raporturilor dintre ştiinţă şi non-ştiinţă: ruptură sau demarcaţie?

Unul din textele lui Henri Ey dedicate în mod explicit problemei raporturilor dintre ştiinţă şi non-ştiinţă, este fragmentul *Generalités sur l'Histoire de la Médecine* din volumul *Naissance de la Médecine* (1981: 17-21). Pornind de la acest text, precum şi de la altele pe care le-am studiat, am identificat două modele majore de analiză epistemologică pe care Henri Ey le-a aplicat în cercetările sale legate de fundamentele ştiinţelor medicale: *modelul popperian* şi *modelul heideggerian*. Vom prezenta în cele ce urmează, primul dintre acestea.

Henri Ey „popperianul”

Henri Ey poate fi considerat un „popperian” în ceea ce priveşte viziunea sa epistemologică, cel puţin în direcţiile următoare:
1. prin ***problematica demarcaţiei*** care îşi propune să separe ştiinţificul de non-ştiinţific ;
2. prin ***viziunea epistemologică asupra istoriei ştiinţei*** (a se vedea de exemplu *Naissance de la Médecine* (1981) unde Henri Ey face diferenţierea între cele trei tipuri de istorie a ştiinţei şi adoptă o concepţie epistemologică asupra istoriei medicinii şi a psihiatriei);
3. prin ***adoptarea perspectivei falsificaţioniste***. Henri Ey afirmă că expune teoria sa criticilor altor psihiatri care vor trebui să facă şi ei exerciţiul falsificării teoriei

organo-dinamice. În Monografia din 1975 Ey îl aminteste pe E. Slater care, într-un studiu epistemologic publicat în 1973, arăta că teoria organo-dinamică este falsificabilă, deci ştiinţifică după criteriul popperian (cf H. Ey 1975 : 288-290).

Henri Ey şi definirea ştiinţei: ruptură sau demarcaţie?

I. Henri Ey incearcă să definească drept ştiinţifice, în raport cu forme de cunoaştere şi practici anterioare, *Medicina* (în tradiţia sa inaugurată de Şcoala din Cos) şi *Psihiatria* (în tradiţia sa care începe cu Ph. Pinel). Este definirea ştiinţificităţii acestor discipline o *ruptură epistemologică*, în sensul propus de Gaston Bachelard, sau o căutare a unui *criteriu de demarcaţie*, în sensul „tradiţiei demarcaţioniste" iniţiate de Karl R. Popper ?

Isabelle Stengers face următoarea observaţie, extrem de interesantă asupra scopului celor două tipuri de strategii: „'Ruptura' operează prin stabilirea unui contrast între 'înainte' şi 'după', în defavoarea primului dintre termeni. Căutarea unui criteriu de demarcare urmăreşte să îi califice pozitiv pe pretendenţii legitimi la titlul de ştiinţă" (I. Stengers, 2001 : 28).

Henri Ey pare mai mult interesat de a legitima poziţia medicilor, mai ales a psihiatrilor, în rândul oamenilor de ştiinţă, decât de a descalifica forme anterioare sau alternative de medicină. El pare astfel să aibă interese comune mai degrabă cu tradiţia demarcaţionistă popperiană. Pentru el, criteriile de ştiinţificitate ale medicinii clinice sunt obiectivitatea naturală a bolii şi obiectivarea semnelor ei clinice (H. Ey 1981 : 5-16).

II. Un alt fel de demers de tip demarcaţionist întreprins de Henri Ey, este cel de stabilire a *ştiinţificităţii psihanalizei* şi de conferire a statutului de *metodă ştiinţifică* ansamblului tehnicilor sale de cunoaştere (H. Ey 1939). Aici problema demarcaţiei nu se pune în termenii 'înainte' şi 'după' (I. Stengers 2001 : 28) ci în distingerea unei *ştiinţe* de o *pseudo-ştiinţă* (distincţia între ştiinţă şi şarlatanie – cf. I Stengers 2001 : 26-27). Aceasta este, de asemenea, o temă de reflecţie epistemologică predilectă pentru K. R. Popper (e. g. *Conjecturi şi infirmări. Creşterea cunoaşterii ştiinţifice* 1963/2001).

Prin urmare, problema demarcaţiei domină demersul epistemologic al lui Henri Ey, având o importanţă fundamentală în economia gândirii sale de tip „metaştiinţific".

Isabelle Stengers vorbeşte însă de „eşecul tradiţiei demarcaţioniste" care constă în „imposibilitatea de a formula nişte criterii general valabile, care să creeze deci posibilitatea unui discurs asupra ştiinţei, în stare să o diferenţieze de ceea ce doar îi seamănă" (op. cit. p. 38). Autoarea explică însă că un astfel de eşec „ilustrează nu lipsa de pertinenţă a acestei chestiuni, esenţiale pentru a se rezista în faţa celor ce se afirmă ca fiind 'în numele ştiinţei', ci problema mijloacelor utilizate" (I. Stengers 2001 : 31).

Dacă problema demarcaţiei este pertinentă, sunt oare mijloacele folosite de către Henri Ey adecvate pentru a o soluţiona ? Reuşeşte în fond, Henri Ey să delimiteze medicina ştiinţifică şi psihiatria ştiinţifică de non-ştiinţele corespunzătoare ? Răspunsul la aceste întrebări necesită un efort de analiză

epistemologică prea amplu, pentru a putea fi expus într-o lucrare cu pretenţii mult mai modeste. Noi ne-am propus să descriem ceea ce a încercat să facă Henri Ey şi nu să chestionăm dacă el a şi îndeplinit ceea ce şi-a propus. Ar fi necesară o altă lucrare în întregime dedicată acestui scop. Limitându-ne la a spune acestea, mergem mai departe cu descrierea noastră a demersului epistemologic al lui Ey.

Astfel, după ce stabileşte caracterul ştiinţific al Psihiatriei, Maestrul de la Bonneval îşi va pune următoarele întrebări.

Ce fel de ştiinţă este Psihiatria ?

Care este obiectul Psihiatriei ca ştiinţă ?

Care sunt limitele Psihiatriei ca disciplină ştiinţifică medicală?

Corelate cu întrebarea despre obiectul Psihiatriei, sunt şi următoarele întrebări:

•Este acest obiect (i. e. *boala mintală*) real ?

•Care este natura bolii mintale ? – ceea ce Henri Ey numeşte **„problema fundamentală a Psihiatriei”** este fizică sau morală, omogenă sau heterogenă cu starea normală?

•Care este definiţia bolii mintale - care să depăşească **„dilema psihiatricidă”?**

•Obiectul Psihiatriei este o boală unică (ipoteza *Monopsihozei*) sau există mai multe tipuri (***ipoteza pluralităţii speciilor*** de boli mintale)?

•Care sunt principalele tipuri de boli mintale (descrierea nosografică) ?

•Care sunt principiile unei clasificări ştiinţifice, sistematice, „naturale” a bolilor descrise prin studiul patologiei psihice ? Sunt formulate mai multe principii (e.g. H. Ey, 1963; H. Ey *Études psychiatriques* vol. III, *Étude* No. 20) ale unei ***clasificări „naturale” a speciilor clinice***, astfel încât extensiunea speciilor să nu depăşească pe cea a genului. Apare şi ***ipoteza continuum-ului***, care va proiecta o ordine „naturală” acolo unde domnise „haosul” nosologiilor precedente (H. Ey, 1963).

•Care sunt cauzele bolilor mintale: sunt ele naturale ? (vezi H. Ey 1956/1996: 351); sunt cauzele fizice sau psihice?

Se stabilesc apoi următoarele:

1. încadrarea patologiei psihiatrice în patologia generală (încadrarea Psihiatriei în Medicină) ;

2. diferenţierea şi stabilirea limitelor Psihiatriei în raport cu alte discipline medicale (Medicina somatică şi Neurologia) şi cu discipline non-medicale (ştiinţe umaniste şi sociale). Dacă Psihiatria este o ştiinţă a spiritului individual, ea se diferenţiază de ştiinţele spiritului obiectiv (socio-culturale). Psihiatria este o ştiinţă a naturii sau a spiritului ? Sau ambele ? Dacă este o ştiinţă a naturii este ea o ştiinţă biologică[37] ?

Problema raporturilor dintre psihiatrie şi medicină

Odată asigurat caracterul ştiinţific al medicinii şi al psihiatriei, se pune problema raportului dintre cele două ştiinţe. Aşa cum arată M. Foucault în *Anormalii*

[37] A se vedea şi E. Mahieu (1992) *Psychiatrie et biologie*.

(2003) psihiatria nu a fost la început o ramură a ştiinţei medicale ci a igienei - a controlului social (M. Foucault 2003: 133):

„Cred că trebuie să ţinem seama de un lucru asupra căruia, din păcate, anul trecut, nu am insistat îndeajuns. Şi anume, faptul că psihiatria, aşa cum s-a constituit la sfârşitul secolului al XVIII-lea şi mai ales la începutul celui de al XIX-lea, nu s-a precizat ca o ramură a medicinii generale. Psihiatria funcţionează – la începutul secolului al XIX-lea şi chiar mai târziu, poate până aproape de jumătatea veacului – nu ca o specialitate a cunoştinţelor sau a teoriei medicale, ci mai mult ca o ramură specializată a igienei publice. Înainte de a deveni un domeniu medical, psihiatria s-a specializat ca domeniu particular al protecţiei sociale, împotriva tuturor pericolelor pe care le poate prezenta pentru societate maladia sau orice poate fi asimilat direct sau indirect cu maladia. Psihiatria s-a instituţionalizat ca prevedere socială, ca igienă a întregului corp social (să nu uităm că prima revistă oarecum specializată în psihiatrie se chema Anale de igienă publică)" (M. Foucault 2003: 133).

Cum a putut psihiatria ca dintr-o disciplină exterioară câmpului medical, să devină o disciplină medicală având ca obiect bolile mintale? Foucault este de părere că au fost necesare două codificări realizate simultan. Despre ce este vorba? Iată textul din *Anormalii* (2003):

„Era deci o ramură a igienei şi pentru a exista ca instituţie a cunoaşterii, deci ca ştiinţă medicală fundamentată şi justificabilă, vă daţi seama că psihiatria a trebuit să procedeze la două codificări simultane. Pe de o parte, a fost obligată să *asimileze nebunia ca maladie*; a fost obligată să patologizeze dezordinea, erorile, iluziile nebuniei; a trebuit să procedeze la analize (simptomatologie, nosografie, prognosticuri, observaţii, dosare clinice etc.) care să apropie cât mai mult acest gen de igienă publică, ori această formă de protecţie socială pe care era chemată să o asigure, de ştiinţa medicală şi care să permită, prin urmare, funcţionarea acestui sistem de protecţie în numele cunoaşterii medicale. ...în acelaşi timp cu prima, se impunea şi o a doua codificare. Simultan a trebuit *asimilată nebunia ca pericol*, cu alte cuvinte nebunia trebuia prezentată ca purtătoare de riscuri, ca purtătoare esenţială de primejdii, astfel încât, psihiatria – ca formă a cunoaşterii maladiei mentale – putea efectiv funcţiona ca element de igienă publică" (M. Foucault 2003: 134).

Pentru Henri Ey psihiatria este o disciplină medicală, cu drepturi depline, având însă un obiect specific: *boala mintală*. Pe drumul dobândirii statutului de ştiinţă, psihiatria a fuzionat o vreme cu neurologia. Henri Ey arată însă că psihiatria diferă de neurologie, dar şi de medicina somatică (e.g. H. Ey *Tratatul de psihiatrie* din EMC 1955).

Locul psihiatriei în cadrul ştiinţelor medicale – poziţia lui Henri Ey

În textul său de sinteză al concepţiei organo-dinamice din anul 1963, Henri Ey se referă la această problemă a raporturilor dintre psihiatrie şi medicină, spunând că: „teoria organo-dinamică a maladiilor mintale integrează Psihiatria în Medicină,

distingând-o de aceasta, fără a o separa însă radical de patologia organelor" (H. Ey 1963: 759).

În alte texte, Henri Ey va relua această problematică fundamentală pentru concepţia organo-dinamică a Psihiatriei. Mai jos sunt redate câteva teme majore ale argumentaţiei sale, privitoare la legitimitatea plasării Psihiatriei în cadrul ştiinţelor medicale:

- **Faptul psihiatric** ca obiect al ştiinţei medicale; condiţii de posibilitate pentru această situaţie (*Études psychiatriques vol. I, Étude* No. 3: 51) ;
- Care sunt justificările, garanţiile teoretice ale situării bolii psihice (şi implicit ale psihiatriei) în cadrul medicinii? Răspunsul apare în tratatul de psihiatrie din EMC 1955, vol. I, p. 1;
- De ce nu a fost **faptul psihopatologic** considerat ca obiect al medicinii de-a lungul istoriei ? Răspunsul îl găsim la M. Foucault 2003 *Anormalii*, si la H. Ey *Études* no. 1, p. 17 ;
- Patologia psihiatrică este numită de Henri Ey patologia libertăţii; naşterea Psihiatriei ca ştiinţă are loc în Franţa ; Revoluţia franceză creează condiţiile pentru apariţia problemei libertăţii individuale (H. Ey *Études* I, no. 3).

Problema raporturilor dintre psihiatrie şi neurologie

Referitor la o altă problemă majoră asupra căreia Henri Ey a reflectat şi anume, problema raporturilor dintre Psihiatrie şi Neurologie, găsim că:
„Raporturile cu Neurologia sunt de acelaşi tip, căci Psihiatria se distinge de aceasta în măsura în care ea este o patologie, nu a vitalităţii sau a funcţiilor instrumentale ale vieţii de relaţie, ci o patologie a umanităţii, a libertăţii şi a existenţei" (H. Ey 1963: 759).

Problema raporturilor dintre psihiatrie şi antropologia medicală

De la început trebuie spus că, obiectul Psihiatriei, la fel ca şi obiectul Medicinii, trebuie distins de obiectul ştiinţelor sociale în general şi al antropologiei culturale a bolii, în special. Pentru concepţia organo-dinamică a Psihiatriei, nu poate fi acceptat un model strict cultural al bolii psihice, aşa cum nu poate fi acceptat un model strict cultural al bolii somatice. Aceasta deoarece:

„În calitatea sa de Medicină vizând Patologia şi Terapeutica Naturii umane (în totalitatea sa psiho-somatică), Medicina, oricât de strânse sunt conexiunile sale cu problemele antropologice sau morale ale Răului, ale coexistenţei actuale sau istorice cu alţii în instituţia socială sau în momentul istoric, Medicina nu ar trebui situată, pur şi simplu printre aceste „ştiinţe umane" care, abia în secolul al XIX-lea (M. Foucault o subliniază) au lăsat să apară omul în rândul, obiectelor ştiinţifice'" (H. Ey 1981: 19).

În acelaşi timp, cuceririle *antropologiei medicale* (de factură culturală), nu pot fi neglijate, aşa cum o arată şi includerea în *Manuel de Psychiatrie* (H. Ey et al. 1967 – 1989) şi în tratatul de psihiatrie din EMC (1955) a câte unui capitol consistent, dedicat explorării teoriilor şi rezultatelor cercetării ştiinţifice din

antropologie, având ca obiect raporturile dintre boala psihică şi contextul socio-cultural, atât în cadrul culturilor non-vestice cât şi mai larg, comparativ transcultural[38].

Am amintit deja că această antinomie intrinsecă Medicinii (*model mecanicist* vs *model etico-cultural*) pe care Henri Ey o descrie în volumul *Naissance de la Médecine* (1981), a devenit extrinsecă, începând cu a doua jumătate a secolului al XX-lea. Medicina s-a putut constitui ca ştiinţă naturală a bolii în măsura în care a respins ca neştiinţifice concepţiile populare magice, mitice şi mistice asupra bolii. Biomedicina a exilat în afara ei orice model cultural al bolii, insistând asupra fundamentelor biologice ale acesteia. **Antropologia medicală** îşi propune şi ea ca obiect de studiu boala, dar critică *reducţionismul biologist* al biomedicinii şi *ideologia „naturalistă"* care o legitimează ca singurul discurs ştiinţific, autorizat, despre boală.

În acelaşi timp, **antropologia medicală** face distincţia între aspectele biologic, experienţial şi social ale bolii, propunând dihotomia *disease-illness* sau chiar trihotomia *disease-illness-sickness* [39](A. Young, 1982).

Fără să nege caracterul ştiinţific, obiectiv al cercetărilor biologice asupra bolilor şi tratamentelor farmacologice, antropologia medicală arată că şi celelalte două dimensiuni ale bolii: *illness* şi *sickness* sunt la fel de fundamentale pentru înţelegerea globală a bolilor omului şi necesită la rândul lor, o abordare ştiinţifică. Această abordare ţine însă de ştiinţele sociale şi umane. Aici discursurile se construiesc altfel, criteriile de ştiinţificitate sunt altele. Modelele propuse sunt modele socio-culturale, care de multe ori tind să neglijeze aspectele biologice atingând uneori extreme culturaliste.

Henri Ey critică, în opinia noastră, tocmai această tentaţie culturalistă, care neagă influenţa factorilor biologici obiectivi în producerea bolii (vezi H. Ey et al. 1967: 52). Această critică se remarcă şi în textul pe care H. Ey îl dedică prezentării poziţiei

---

[38] A se vedea aici *Traité de Psychiatrie* din EMC (1955) sub redacţia lui Henri Ey, precum şi *Manuel de Psychiatrie* (H. Ey et al. 1967).

[39] Pentru antropologi, **termenul *boală*** nu este simplu, neproblematic. El este definit în opoziție cu sănătatea desemnând în acelaşi timp: I. Obiectul procedurilor medicale de diagnostic; II. Experienţa subiectivă a suferinţei fizice şi morale a bolnavului; III. Reprezentarea socială a unei devieri de la normă. Cele trei accepţiuni, ştiinţifică (biomedicală), subiectivă şi socială trimit în alte limbi la cuvinte diferite (de exemplu în limba engleză se face distincţie între *disease, illness* si *sickness*).

Cei trei termeni, deja consacraţi în studiile de antropologie medicală, au sensuri uşor diferite de la un autor la altul, dar în linii mari se pot defini astfel (A. Young, 1982):

Disease = anomalii în structura şi / sau funcţia organelor şi sistemelor; stări patologice recunoscute sau nu cultural; locul de aplicare a modelului biomedical.

Illness = percepţii şi experienţe subiective pe care o persoană le încearcă cu privire la anumite stări devalorizate social, incluzând boala, dar nelimitându-se la ea.

Sickness = procesul prin care anumitor semne îngrijorătoare comportamentale şi biologice, le sunt conferite sensuri social recognoscibile (de ex. sunt transformate în simptome şi evoluţii semnificative social). Fiecare cultură are reguli de traducere a semnelor în simptome, de a lega simptomele de etiologii şi intervenţii terapeutice, precum şi de a utiliza dovezile obţinute din aceste intervenţii pentru a confirma traducerile şi de a legitima evoluţiile. Drumul pe care o persoană îl parcurge din momentul traducerii până la stabilirea evoluţiei finale, semnificative social, constituie ceea ce se numeşte *sickness* (statutul social legat de boală).

lui M. Foucault cu privire la momentul apariției Clinicii (a se vedea H. Ey 1981: 213).

Henri Ey respinge, după cum vom vedea în această lucrare, teza determinismului cultural atât în geneza personalității cât şi în etiologia patologiei sale, opunându-se astfel, orientării culturaliste[40]

La rândul său, Henri Ey ar putea fi criticat de pe pozițiile **antropologiei medicale** (mai ales a orientării critice propuse de şcoala de la Berkeley), ca susținător al ideologiei „naturaliste" ce are ca scop legitimarea unui discurs cu pretenții „ştiințifice" în condițiile în care se trece cu vederea rolul puterii psihiatrice în constituirea ca obiecte de cunoaştere medicală a unor comportamente non-patologice (sau care, într-o anumită perioadă istorică a culturii occidentale nu erau considerate ca fiind patologice). Toată polemica lui Henri Ey cu antipsihiatria ar putea fi văzută critic, mai degrabă ca un demers legitimator ideologic, decât ca un demers fondator de tip ştiințific sau epistemologic. În acelaşi fel poate fi considerat şi demersul său argumentativ ce întrebuințează istoria medicinii ca argument în favoarea concepției sale teoretice.

Metodologia ştiinței

Una dintre preocupările epistemologice importante ale lui Henri Ey, va consta în asigurarea caracterului ştiințific al metodelor de cunoaştere a pacienților. Amintim aici câteva lucrări unde sunt expuse argumente în favoarea caracterului ştiințific al metodelor clinice:

- metoda clinică medicală (H.Ey *Naissance de la Médecine* 1981)
- metoda psihanalitică (H.Ey *L' Encéphale* 1939; *Études psychiatriques* vol I, *Étude* nr.6).

În articolul său din *L'Encéphale* (1939) Henri Ey pune o nouă problemă epistemologică: este **psihanaliza** o ştiință? După ce stabileşte că, din punctul său de vedere, psihanaliza este o ştiință, apare o altă întrebare: care este obiectul acestei ştiințe şi în ce constă caracterul ştiințific al metodei de cunoaştere a acestui obiect? Prin asigurarea caracterului de ştiință pentru psihanaliză, Henri Ey urmăreşte s-o încadreze pe aceasta în concepția sa despre psihiatrie. Căci, după cum subliniază şi Robert Palem (1997) Henri Ey reintroduce psihanaliza în psihiatrie şi psihiatria în medicină (R. Palem 1997, site-ul Asociației Henri Ey). Însă, pentru aceasta, trebuia să se asigure mai întâi, psihanalizei statutul de ştiință, având obiect şi metode proprii. Trebuiau, de asemenea, stabilite limitele câmpului disciplinar al psihanalizei şi trebuia modificată concepția despre psihic pe care aceasta o propusese (în variantele concepute de S. Freud).Toate aceste lucruri, Henri Ey le-a realizat în mai multe lucrări, pe o perioadă care se întinde între 1939 şi 1977.

Ca o concluzie, putem spune că, toate aceste explorări în spațiul metaştiințific, au consecințe şi în sfera practicii clinice. Henri Ey va asigura astfel ştiințificitatea metodelor de analiză şi interpretare a datelor clinice. Prin urmare, va asigura un caracter ştiințific demersului său clinic de cunoaştere.

[40] A se vedea *Şcoala Cultură şi Personalitate*, precum şi respingerea etiologiei sociogenetice propusă de teoriile psiho-sociogenice cf. H. Ey 1989: 73.

Astfel că, **abordarea clinică de tip organo-dinamic** este o abordare de tip ştiinţific. Sunt îndeplinite cele trei cerinţe formulate de Mario Bunge (1982) pentru ca o abordare a unui domeniu de obiecte să fie ştiinţifică:
1. ontologie naturalistă;
2. teorie realistă a cunoaşterii;
3. metodologie ştiinţifică;

Ontologia este naturalistă, întrucât Medicinii i s-a asigurat statutul de ştiinţă naturală, iar *boala* la rândul ei este 'naturală' fiind o „descompunere a ordinii 'naturale' a corpului" (cf. H. Ey 1981: 5-16). *Boala psihică* fiind o **somatoză** (conform ***principiului organicităţii***) este şi ea „naturală". Teoria cunoaşterii este realistă, iar metodologia se supune cerinţelor metodei ştiinţifice.

II. Cercetarea fenomenologică a fundamentelor psihiatriei

Proiectul organo-dinamic[41]

Deşi formulat extrem de lapidar, printr-o singură frază, ***proiectul organo-dinamist*** este probabil cel mai bine surprins, în amploarea sa, în următorul fragment din *Étude* No. 27:
„Căci acesta este într-adevăr proiectul nostru „organo-dinamist", de a sesiza disoluţia conştiinţei dintr-o perspectivă cât mai completă posibilă a patologiei sale, perspectivă care trebuie, în acelaşi timp să o explice cât şi s-o înţeleagă. În această privinţă, fenomenologia conştiinţei destructurate ne trimite în mod necesar nu numai la *antropologia* existenţială a tulburărilor cât şi, în acelaşi timp, la *„ştiinţa naturală"* a creierului" (H. Ey 1954: 697).
Aşa cum aminteam şi la secţiunea dedicată tipurilor de ştiinţificitate, organo-dinamismul este un program de cercetare ştiinţifică psihopatologică extrem de complex, care implică, alături de abordarea de tip naturalist, proprie psihiatriei biologice actuale şi o abordare de tipul antropologiei existenţiale, proprie unei fundamentări fenomenologice a demersului de cercetare.

Henri Ey „heideggerianul" - esenţa faptului psihiatric

O altă consecinţă a explorării fundamentelor ştiinţei psihiatrice, constă în aceea că Henri Ey ajunge la fenomenologie. Ne putem pune întrebarea: cum ajunge un cercetător din ştiinţele pozitive la fenomenologie (cum se face trecerea de la „ştiinţa ontică" la „ştiinţa ontologică", în sensul pe care Martin Heidegger îl dă acestor termeni)?

În lucrarea lui M. Heidegger „*Repere pe drumul gîndirii*" găsim un răspuns la această întrebare. Este vorba de momentul în care cercetătorul ajunge să reflecteze asupra conceptelor fundamentale ale disciplinei sale şi când „el începe să se îndoiască de adecvarea conceptelor fundamentale tradiţionale la fiinţarea din care el

[41] A se vedea următoarele volume: *Études psychiatriques* vol. III, No. 27, (1954: 697); *Traité des hallucinations* (1973: 1250).

şi-a făcut o temă. Atunci, pornind de la exigențele științei sale și din orizontul propriei sale interogări științifice, aflându-se oarecum la limita conceptelor sale fundamentale, el poate să-și re-orienteze întrebarea către constituția originară a ființei ființării care urmează să rămână obiect și să *devină* iarăși obiect. Întrebările care se nasc astfel trimit, din punct de vedere metodologic, dincolo de sine, în măsura în care acel ceva pe care ele îl obțin prin interogație nu devine accesibil și determinabil decât pe plan ontologic. Ce-i drept, comunicarea științifică dintre cercetătorii științelor pozitive și filosofie nu poate fi prinsă în reguli rigide, cu atât mai mult cu cât limpezimea, siguranța și originaritatea criticii pe care o dezvoltă științele pozitive față de propriile lor fundamente se schimbă tot atât de repede și tot atât de felurit pe cât se schimbă și nivelul pe care l-a atins și pe care îl poate menține filosofia în lămurirea propriei sale esențe. Această comunicare își dobândește și își păstrează autenticitatea, vitalitatea și rodnicia numai atunci când interogarea reciprocă care se exprimă, pe de o parte, pozitiv-ontic și, pe de alta, transcendental-ontologic, este călăuzită de instinctul pentru lucrul avut în vedere și de fermitatea tactului științific și când toate problemele ridicate de dominația, de ierarhia și de importanța științelor cedează locul în fața necesităților interioare ale problemei științifice înseși" (M. Heidegger 1988: 423).

Se pune astfel problema raportului dintre *filosofie* și *științele pozitive* și problema înrădăcinării științelor particulare (*Wissenschaften*) în temeiul absolut al cunoașterii universale (*Wissen*)[42]. La aceste probleme au încercat să răspundă atât Hussel cât și Heidegger. Ceea ce pare să fie esențial este caracterul critic al gândirii fenomenologice, care s-a potrivit perfect cu stilul propriu reflecțiilor teoretice ale lui Henri Ey. Nu este deci o întâmplare sau un pur accident al istoriei sale personale, faptul că Maestrul de la Bonneval a fost profund influențat de gândirea fenomenologică și de existențialism.

Ca o concluzie, putem spune următoarele: printr-un demers de tip fenomenologic de cercetare a fundamentelor, Henri Ey își propune să stabilească :

- Esența faptului psihiatric / psihopatologic : a. în raport cu faptul neurologic ; b. în sine.
- Temeiul Psihiatriei într-o antropologie fenomenologic-existențială[43], analog cu demersul lui L. Binswanger (2000).
- Obiectul Psihiatriei care se dedublează: ***boala*** și ***structura psihopatologică***. De asemenea, în linia psihiatriei fenomenologic-existentiale, *structura psihopatologică* este pusă în relație cu *structura de ansamblu a Omului*.

Tezele concepției organo-dinamice - esența bolii mintale

Conceptia ***organo-dinamică***, considerată ca *ipoteză de lucru*, este descompusă în patru teze teoretice fundamentale și șase corolare practice, pe care Henri Ey le analizează în textul „*Esquisse d'une conception organo-dynamique de la structure, de la nosographie et de l'etiopathogenie des maladies mentales*"

[42] Cf. Notă introductivă la " *Ce este metafizica* ?" în "*Repere pe drumul gîndirii*" 1988: 20, trad. Th. Kleininger și G. Liiceanu).
[43] A se vedea aici și H. Ey 1973: 1250, privind rolul cercetării antropologic-existențiale în opera sa.

publicat în volumul al doilea (din Tome I) al lucrării „*Die Psychiatrie der Gegenwart*” (H. Ey 1963: 720-762):

Cele patru teze teoretice ale concepției organo-dinamice, formulate de către Henri Ey, sunt următoarele:

TEZA 1 (psihologică): Boala mintală este implicată în organizarea ființei psihice.

TEZA 2 (fenomenologică): Structura bolii mintale este în mod esențial negativă sau regresivă.

TEZA 3 (clinică): Bolile mintale (Psihoze şi Nevroze) sunt forme tipice prin structura şi evoluția lor dinamică, ale nivelurilor de agenezie sau de disoluție a organizării psihice.

TEZA 4 (etio-patogenică): Bolile mintale depind de procese organice.

Cele şase corolare practice ale concepției organo-dinamice, formulate de către Henri Ey, sunt:

1.distincția între normal şi patologic
2.revizuirea problemelor nosografice
3.necesitatea unei semiologii a profunzimilor
4.perspective terapeutice
5.perspective de asistență (H. Ey 1963: 757-759

Acest text important, de sinteză, îşi propune să prezinte concepția organo-dinamistă ca o concepție ştiințifică, mai precis ca o ipoteză ştiințifică generală care să se aplice totalității „obiectului” ştiinței psihiatrice (op. cit. p. 720). Aceasta implică o cercetare a fundamentelor psihiatriei, adică fundamentele epistemologice, ontologice şi metodologice ale disciplinei.

Nu putem să nu remarcăm aici maniera „heideggeriana” a abordării de către Henri Ey a problemei fundamentelor unei ştiințe. Mai precis, ştim de la Heidegger că „întrebarea despre ființă precede…constituirea oricărei ontologii fundamentale sau a unei cercetări ontice” (M. Heidegger 2003: 19).

Ce face Henri Ey? El îşi pune întrebarea despre „ființa ființării care constituie domeniul de obiecte al unei ştiințe particulare” (M. Heidegger op. cit. pp. 14-21) în cazul său, ***ştiința psihiatrică***, având ca *obiect* **boala psihică** (H. Ey 1963: 720, 723). În opinia autorului, „cheia de boltă” a sistemului conceptual caracteristic psihiatriei, constă dintr-o „ipoteză de bază cu privire la structura ființei psihice” (H. Ey 1963: 723). De aceea nu este întâmplător că la p. 723 Ey trece în revistă principalele doctrine metafizice legate de natura ființei psihice (monism, dualism, pluralism). Aici este schițată o critică a pozițiilor metafizice **moniste** şi **dualiste**, propunându-se „o concepție **pluralistă** şi ierarhizată a raporturilor dintre fizic şi moral” (H. Ey 1963: 723). Critica doctrinelor metafizice nu este realizată în scopuri pur filosofice, ci mai degrabă, dacă vrem, în sensul în care o filosofie a ştiinței trebuie să expliciteze ***presupozițiile filosofice*** ale ştiinței în general şi al unei anumite discipline ştiințifice în particular (vezi M. Bunge 1967, 1982; E. L. Hersch 2003).

Concepția ontologică pluralistă propusă de Henri Ey, apare în majoritatea lucrărilor sale importante. Istoria acestei concepții ontologice este foarte veche, după cum mărturiseşte însuşi autorul: „Ea trece prin Aristotel, neo-vitalişti, psihologi,

filosofi (M. de Biran, Bergson, M. Scheler, Klages, N. Hartmann etc.)” (cf. H. Ey 1963: 723, *Études psychiatriques* vol. I p. 74 etc.).

Această **poziţie ontologică** *pluralistă, dinamică* şi *ierarhizată* permite, în opinia lui Henri Ey să se depăşească „certurile sterile ale Anticilor şi Modernilor cu privire la cauzalitatea psihică sau organică, obligându-ne să recurgem la ideile de EVOLUŢIE (Aufbau) şi DISOLUŢIE (Abbau) care postulează în mod precis că **boala psihică** este o REGRESIUNE, deci o dezorganizare a instanţelor superioare şi o reorganizare psihică la un nivel inferior (H. Ey 1963: 723-4).

Ceea ce numeam mai sus abordare „heideggeriană” este propriu-zis o abordare fenomenologică a ştiinţei care separă *esenţele* de *faptele empirice,* ca mai apoi să caute a stabili relaţiile dintre acestea şi, corelativ, între ***ştiinţele eidetice*** şi ***ştinţele de fapte*** (ştiinţe empirice) (D. Christoff 1966: 29-30).

Ştim că, deja Edmund Husserl dorea să stabilească bazele unei ştiinţe eidetice a fenomenelor psihice care examina, nu fapte empirice, ci structuri invariante ale spiritului (A. Schutz 1962:184).

Această **psihologie a conştiinţei intenţionale** nu se poate limita la descrierea concretă a experienţelor conştiinţei ci trebuie să descrie, de asemenea, obiectele conştiente sau intenţionale (A. Schutz 1962: 184). Două trăsături caracterizează această concepţie a conştiinţei intenţionale: transcendenţa lucrului şi a esenţei şi multiplicitatea esenţelor (D. Christoff 1966: 30). Explicaţia lui Daniel Christoff ne interesează într-o mare măsură aici, întrucât el face conexiunea dintre *eidetică* şi *ontologie*: „Ideea unei multiplicităţi a esenţelor, poli ai intenţionalităţii, conduce la distingerea diverselor „regiuni” ale fiinţei cu propriile lor structuri: regiunea naturii materiale, regiunea naturii animale, lumea spiritului, care sunt descrise în „eidetici regionale”. Legile fiinţei determinate prin aceste esenţe, definesc pentru fiecare regiune posibilităţile de cunoaştere emprică şi prin urmare, ştiinţele de fapte” (D. Christoff 1966: 31).

Se pare că Henri Ey porneşte de la o **„eidetică regională”** prin care identifică trei regiuni ontologice diferite în fiinţa omului: *mineral, organic, uman* şi, stabilind că, la nivelul uman apare (în continuitate cu zooconştiinţa) **conştiinţa** şi (în discontinuitate cu regnul animal) **personalitatea**, autorul este condus spre ***fenomenologie*** „ştiinţa esenţelor „regiunii conştiinţă”, a structurilor şi actelor sale” (D. Christoff 1966: 31) precum şi spre o **abordare existenţială** (tot de origine fenomenologică) a structurii şi devenirii personalităţii (ontologia personalităţii). Acesta este sensul însuşi al demersului întreprins de Henri Ey în stabilirea **primei teze: *teza psihologică*** (H. Ey 1963: 729) care are ca obiect organizarea şi dezvoltarea fiinţei psihice care constituie o realitate (ibidem).

În sprijinul ipotezei care susţine realitatea dezvoltării ontogenetice a vieţii psihice (op. cit. p. 730) sunt enumerate două tipuri de „fapte”:

1. studiile de psihologie genetică;
2. studiile asupra stratificării structurale ale fiinţei psihice.

În paragraful introductiv la seria a doua de „fapte”, vedem din nou, în mod clar şi explicit, influenţa gândirii heideggeriene. Analiza existenţială a fiinţei psihice este amintită atât în cazul stratificării fiinţei psihice având ca regiune ontologică profundă o fiinţă instinctivă (H. Ey 1963: 730), cât şi în cazul dezvoltării sistemului

personalităţii (H. Ey 1963: 732). Iată, redate mai jos, fragmentele respective din Henri Ey :

„Această stratificare ierarhizată este probabil cea mai caracteristică fiinţei psihice, este cea la care ne trimit toate aspectele psihologice ale instanţelor afective inconştiente ale imaginarului, automatismului şi memoriei. Putem spune în această privinţă, că nici o descriere, nici o fenomenologie a vieţii psihice nu este posibilă fără a introduce această dimensiune a „*profunzimii*", adică a regiunilor ontologice care sunt fundamentul fiiinţei, „*Untergrund*-ul" său. Fie că ne trimit, împreună cu Freud la virtualitatea a ceea ce nu este actualizat, fie că pun existenţa, fiinţa în lume (*Dasein*-ul) ca problemă a unei lupte chiar pentru cunoaşterea de sine şi de altul contra „numinosului" a ceea ce în om se opune relaţiilor sale cu alţii – toate psihologiile, toate filosofiile moderne, fie că le numim „Tiefenpsychologie" (Freud) sau „Analiză existenţială" (Heidegger), sau „Psihologie structurală" (Kruger), nu au încetat „să pună" la fundamentul fiinţei straturi arhaice ale fiinţei instinctive, ale fiinţei fantasmice sau ale fiinţei mitice" (H. Ey 1963: 730).

„Trebuie însă să mergem încă şi mai departe, căci, întrucât *câmpul conştiinţei* constituie o realitate ambiguă obiectivo-subiectivă, unde se elaborează experienţa şi gândirea care emerge din aceasta, este necesar acum să luăm în considerare ultima problemă : *sistemul personalităţii* este „el însuşi" susceptibil de o *reducţie fenomenologică* şi de o analiză genetică şi structurală care, fără a-l confunda cu o funcţie a sistemului nervos (cum o face de exemplu Kleist) în cadrul patologiei neurologice propriu-zise, nici cu organizarea câmpului conştiinţei, ar putea să o supună aceluiaşi principiu al *evoluţiei* (progres istoric) şi *integrării* (progres structural) ? Este adevărat, că fiinţa psihică, *existentul* care este subiect al lumii sale şi pe care Heidegger, Binswanger şi Minkowski l-au luat ca „obiect" al analizelor lor existenţiale, este foarte adevărat că, omul în măsura în care poate să spună că este acest „Eu" pe care eu îl pun ca fiind eu însumi în comunicare cu un „Alt Eu", se constituie el-însuşi într-o personalitate. Acest concept – sau mai exact această realitate existenţială primă şi ultimă a subiectului oricărui „Cogito" - implică un alt concept, cel al unei *autonomii a raţiunii sale*, pentru a relua acelaşi termen de care s-a folosit Kant pentru a desemna caracterul suprem de fiinţă al acestui existent" (H. Ey 1963: 732).

Psihiatria ca „ştiinţă eidetică" – esenţa faptului psihopatologic

Cercetarea fundamentelor unei ştiinţe, spune Martin Heidegger, este singura care poate asigura progresul ei autentic (M. Heidegger, „*Fiinţă şi Timp*" 2003:14).

Într-un subcapitol de la începutul celebrei sale lucrări *Fiinţă şi Timp*, Heidegger tratează despre cercetarea ştiinţifică şi fundamentarea acesteia printr-o cercetare despre fiinţă în general şi despre fiinţa fiinţărilor care constituie domeniul de obiecte al unei ştiinţe particulare (M. Heidegger 2003: 14-21).

Să nu uităm că Henri Ey cercetează asiduu fundamentele ştiinţei psihiatrice şi atunci când tratează despre obiectele acestei ştiinţe (de exemplu boala psihiatrică

şi psihoza) el indică structura fundamentală, esenţială a acestora, care este o structură negativă (H. Ey 1963: 750).

Acesta este sensul însuşi al celei de a doua teze de psihopatologie, care nu întâmplător se numeşte *teza fenomenologică* (H. Ey 1963: 734). *Teza fenomenologică* stabileşte că *„structura bolii mintale este esenţialmente negativă sau regresivă”* (H. Ey 1963: 734).

În plus, pentru a înţelege boala psihică şi pentru a o defini, Ey spune dintru început că este necesară o investigaţie la nivel ontologic (cf. H. Ey *Études psychiatriques*, vol. I nr.4). Această problemă a ontologiei bolii psihice se pune cu şi mai mare acuitate în acest text din *Die Psychiatrie der Gegenwart* (1963) în legătură cu natura bolii psihice (fizică sau morală), caracterul ei patologic (op. cit. p.734), natura ei omogenă sau heterogenă în raport cu normalitatea, aspectul real, obiectiv al bolii psihice, etc.

Dilema psihiatricidă enunţată în *Études psychiatriques*, vol. I nr.4 (1952) este reluată în H. Ey (1963: 735) în legătură cu un aspect esenţial al „naturii „ bolii psihice şi anume că ea nu poate fi definită doar printr-o simplă variaţie sau distanţă în raport cu o medie statistică (conform unei scheme simple de tipul curbei lui Gauss), ci se defineşte prin structura sa, adică însăşi „calitatea” psihicului anormal (care este incompatibilă cu noţiunea de variaţie în raport cu o medie statistică (H. Ey 1963: 735).Trebuie surprinsă această „calitate”.

Ne permitem să facem aici un mic comentariu. Ştim încă de la Aristotel că schimbarea calităţii unui lucru se numeşte *alterare*. Este posibil ca Henri Ey să folosească conceptul de *alterare* pentru a sublinia două lucruri şi anume:
1.schimbarea calitativă a psihicului (pur şi simplu trecerea de la o „calitate” la alta);
2.caracterul regresiv, inferior al „calităţii” psihicului anormal (H. Ey 1963: 735). Despre acest al doilea sens, Henri Ey va spune că „alterat înseamnă „tulburat” dar şi „însetat”, ceea ce revelează destul de clar în ce măsură boala este un vid, o nevoie, o formă de neantizare” (H. Ey 1952: 177);

Psihicul într-o stare patologică este „alterat” pentru că este diferit şi pentru că este inferior psihicului în starea normală (mai precis normativă). Această interpretare pe care noi o dăm ideii de alterare în psihopatologie, pare să fie susţinută şi de următorul citat din E. Minkowski:

„Exterior, faptele izolate observate la schizofreni pot semăna cu anumite fapte ale vieţii primitivilor. Ţesătura de fond, fondul mintal, *mentalitate*a, mai precis raporturile dintre individ şi comunitatea căreia îi aparţine, vor fi foarte diferite în cele două cazuri: Însă tocmai această mentalitate este cea care prezidează totul. Şi dacă vrem cu orice preţ să recurgem la *noţiunea de nivel*, cu atât mai mult, am putea spune că este un *alt* nivel (în sensul de „a fi altfel”, căruia trebuie să-i precizăm natura), un nivel deficient şi psihopatologic, însă nu un nivel „inferior” privit din perspectiva evoluţiei istorice a umanităţii. Mentalitatea schizofrenică nu este viabilă, în timp ce mentalitatea primitivă este perfect viabilă„ (E. Minkovski 1966: 329). Ca o observaţie, întreg subcapitolul din care am extras acest citat, este dedicat corectării unei grave erori care s-a facut în istoria psihiatriei, la un moment dat şi căreia într-un fel îi căzuse pradă chiar şi Henri Ey. Este vorba de ceea ce Minkowski numeşte „paralelismul schizo-primitiv” (1966: 318). Aşa cum vom arăta în altă parte, Henri

Ey va adopta şi el o poziţie critică la adresa acestei paralele între bolnavul psihic şi „omul primitiv”.

În ceea ce priveşte ideea de alterare aplicată în psihiatrie, Henri Ey nuanţează, spunând că: „Boala mintală este o anomalie calitativă în dimensiunea somatică şi o anomalie cantitativă în dimensiunea animică” (H. Ey 1963: 735).

Mai mult, când Ey stabileşte că boala, ca fenomen natural, se opune oricărei explicaţii supranaturale, el arată că, deşi maladia este o dezordine survenind la nivelul ordinii corpului, ea nu se reduce totuşi la această dezintegrare corporală, ci trebuie înţeleasă ca o manieră de a fi, ca o formă de existenţă a omului *alterat* în natura sa. „Boala mintală este un sindrom, însă un sindrom care este o „formă de experienţă” (*Erlebnis*), un eveniment (*Geschehen*) sau o manieră patologică de a fi în lume (*Dasein*). Şi tocmai pentru că am putut da un sens acestor cuvinte (stabilind tezele noastre anterioare) vom putea să le facem să intre în însăşi *definiţia bolii mintale* care face obiectul *tezei clinice* pe care o expunem aici (H. Ey 1963: 744 – Cf. teza 3, numită teza clinică).

Iată deci că boala nu este, ca să zicem aşa, doar *existenţielă*, ci şi *existenţială* (conform terminologiei heideggeriene) întrucât Dasein-ul însuşi al bolnavului este afectat. De aici necesitatea aplicării metodei fenomenologice şi a analizei existenţiale în clinica psihiatrică (e. g. H. Ey 1963: 740).

Iată cum formulează Henri Ey aceste idei, după ce la pagina 735 stabileşte esenţa bolii psihice, exprimată prin cele două aspecte fundamentale ale acesteia: (a) ruptura coexistenţei sau comunicării; b) o maladie reală a realităţii, adică a relaţiilor subiectului cu lumea sa: „Altfel spus, pentru a sesiza boala mintală în „contra-sensul „care o fondează, trebuie să recurgem la analize fenomenologice ale relaţiilor intersubiective şi ale *Dasein*-ului” (H. Ey 1963: 735)[44].

Care este deci, *esenţa fenomenologică a bolii mintale* în organo-dinamism, atât în planul sincron al conştiinţei, cât şi în planul diacron la traiectoriei personalităţii? Sintetizând poziţia lui Henri Ey în această privinţă, vom spune că, în teoria organo-dinamică, esenţa bolii mintale este:

I.SINCRON (ÎN PLANUL CONŞTIINŢEI):

•***Contra-realitate*** – o reală patologie a realului (a relaţiei Subiectului cu lumea sa). Bolnavul pierde adaptarea la realitate prin afectarea „funcţiilor realului”: memoria, percepţia, comunicarea verbală. Are loc o invadare a conştiinţei de către imaginar (imaginile Inconştientului) care creează o *contra-realitate*.

II.DIACRON (ÎN PLANUL PERSOANEI, EULUI):

•***Ruperea coexistenţei sau comunicării cu Ceilalţi***[45]**.** Bolnavul pierde adaptarea la social, ignorând sau încălcând normele morale, normele sociale, normele Raţiunii

---

[44] A se vedea de asemenea Henri Ey 1973: 1250 - “*Phénomenologie*”.

[45] A se compara şi cu E. Minkowski 1966: 28-30.

(teoretice şi practice). Are loc o invadare a Eului de către Altul (limbajul Altuia) care crează un *contra-Eu* (H. Ey *Conştiința* 1998: 322).

- PATOLOGIA EULUI: 1. patologia identității (Eul caracteropat); 2. patologia unității (Eul nevrotic); 3. patologia raționalității (Eul demențial).
- PATOLOGIA EULUI: 1. Eul alterat (Eul caracteropat, Eul nevrotic); 2. Eul alienat (Eul psihotic, Eul demențial).

Cea de a patra teză, numită ***teza etio-patogenică***, trimite la concepția organo-dinamică despre etiologie şi patogenie, precum şi la analiza cauzalității proprii bolii mintale, aşa cum este ea descrisă de către Henri Ey (H. Ey 1963: 754).

CAPITOLUL 3
BAZELE ANTROPOLOGICE ALE CONCEPȚIEI LUI HENRI EY

ANTROPOLOGIA ÎN CADRUL CULTURII OCCIDENTALE

Termenul **„antropologie”** este polisemantic. El se referă, în cadrul culturii occidentale, la cel puțin trei tipuri de discursuri (sau discipline): ***filosofic, religios***[46] şi ***ştiinţific***.

Antropologia filosofică cuprinde la rândul ei, pe de o parte, reflecţia asupra fiinţei umane în tradiţia filosofică (e. g. concepţia platonică sau cea aristotelică despre om), iar pe de altă parte, antropologia filosofică propriu-zisă, curent filosofic care a fost inaugurat în anii ’20 ai secolului al XX-lea de către filosofi ca Max Scheler şi Helmuth Plessner. Este vorba de o mişcare filosofică activă mai ales în spaţiul german care şi-a găsit continuatori până în zilele noastre, aşa cum arată Heinz Paetzold (H. Paetzold 1999: 360).

Emergenţa perspectivei antropologice şi a disciplinei antropologiei în istoria gândirii occidentale, se află pentru M.Heidegger în strânsă conexiune cu reprezentarea omului ca *subjectum* şi a lumii ca *Bild* (imagine) – cf. M. Heidegger 1998: 47. În opinia sa : „Descartes oferă, prin interpretarea omului ca *subjectum,* premisa metafizică pentru antropologia viitoare în toate modalităţile şi orientările ei. În apariţia antropologiei, Descartes îşi celebrează cel mai însemnat triumf. Prin antropologie, depăşirea metafizicii a fost călăuzită către fenomenul simplei cercetări şi abandonării oricărei filosofii. Faptul că Dilthey contestă metafizica, care deja nu mai este concepută pe temeiul ei în a cărei logică, metafizica este considerată nefolositoare, constituie urmarea profundă a orientării sale antropologice fundamentale (M. Heidegger 1998: 57-58).

În aceeaşi lucrare, Heidegger explică: „Ceea ce pentru esenţa epocii moderne constituie o încrucişare decisivă a ambelor procese, anume că ***lumea devine imagine*** şi ***omul subiect***, aruncă în acelaşi timp, o lumină asupra procesului fundamental şi la o primă vedere, cu totul paradoxal, al istoriei epocii moderne. Cu cât lumea este, la fel de cuprinzător şi eficace, supusă în vederea disponibilităţii, cu atât mai obiectiv ea apare ca obiect, pentru că în acest fel, mai subiectiv, adică mai penetrant, să apară *subjectum*, pentru că, în acest fel, mai necontenit, să se transforme aprecierea-lumii (*Welt-Betrachtung*) şi teoria-lumii (*Welt-Lehre*) într-o teorie despre om, într-o **antropologie**. Şi nu este de mirare că, mai întâi acolo unde lumea devine imagine, se naşte umanismul. Dar tot atât de puţin pe cât era posibil în marea epocă a elenităţii o imagine a lumii, tot atât de puţin s-ar fi putut pe atunci să se impună vreun umanism. ***Umanismul***, în sens strict istoric, nu este, din acest motiv, nimic altceva decât o **antropologie moral-estetică**. Această denumire nu are aici în vedere o cercetare oarecare a ştiinţelor naturale asupra omului. Ea nu se referă, de asemenea, la doctrina fixată în cadrul teologiei creştine cu privire la omul

[46] Deoarece nu are relevanţă pentru analizele noastre cu privire la fundamentele concepţiei teoretice a lui Henri Ey, antropologia religioasă va fi lăsată de o parte.

creat, căzut şi mântuit. Ea desemnează acea interpretare filosofică a omului care explică şi evaluează pornind de la, din şi către oameni fiinţarea în întregul ei […]. Înrădăcinarea, mereu mai exclusivă, a interpretării lumii în **antropologie**, care s-a instituit incepând cu sfârşitul veacului al XVIII-lea, îşi găseşte expresia proprie în faptul că se determină în acest mod poziţia fundamentală a omului în raport cu fiinţarea[47] în întregul ei, ca ***Weltanschauung***" (M. Heidegger 1998: 51).

Michel Foucault, la rândul său, direct influenţat de lectura lui Heidegger, situează emergenţa antropologiei în aceeaşi corespondenţă cu apariţia unei ***problematici a omului*** (adică cu ***apariţia omului ca subjectum***), în propria sa arheologie a epocii moderne[48] . Iată ce spune Foucault în *Cuvintele şi lucrurile*:
„Este posibil ca Antropologia să constituie dispoziţia fundamentală care a comandat şi condus gândirea filosofică începând cu Kant şi până în zilele noastre. Această dispoziţie este esenţială, pentru că face parte din istoria noastră; însă ea este pe cale să se dizolve sub ochii noştri, căci începem să recunoaştem şi să denunţăm, în mod critic, în ea deopotrivă uitarea deschiderii care a făcut-o posibilă şi obstacolul ce se opune cu încăpăţânare unei gândiri viitoare. Tuturor acelora care mai vor, încă, să vorbească despre om, despre domnia şi despre emanciparea lui, tuturor acelora care mai pun întrebări cu privire la esenţa omului, tuturor acelora care vor să pornească de la om pentru a accede la adevăr, tuturor acelora care, dimpotrivă, reduc orice cunoaştere la adevărurile proprii omului însuşi, tuturor acelora care refuză să formalizeze fără a şi antropologiza, care nu vor să mitologizeze fără a demistifica, care nu vor să gândească fără a gândi imediat că acela care gândeşte este omul, tuturor acestor forme de reflecţie deviată şi deformată nu putem să le opunem decât un râs filosofic, adică, în mare măsură, tăcut" (M. Foucault, 1996: 401).

ANTROPOLOGIA ŞTIINŢIFICĂ: PROIECT, SPECIFIC, DIVIZIUNI

PROIECTUL UNEI CUNOAŞTERI POZITIVE A OMULUI

Făcând, la rândul său, o *istorie arheologică* a antropologiei ca ştiinţă, François Laplantine arată în „*Descrierea etnografică*"[49] că specificul antropologiei este legat de un **proiect** extrem de ambiţios: „***Specificul antropologiei*** nu este legat nici de natura societăţilor studiate (societăţi tradiţionale pe care am putea să le opunem societăţilor „moderne"), nici de „obiecte" particulare (religia, economia, politica, oraşul…), nici de teoriile utilizate (marxism, structuralism, funcţionalism, interacţionism…) ci de un ***proiect***: ***studiul omului în totalitatea sa, adică în toate societăţile, sub toate aspectele, în toate stările şi în toate epocile***. Or, acest proiect, - studiul cel mai ştiinţific cu putinţă al pluralităţii culturilor – este inseparabil de o metodă: nu vechea reflecţie abstractă şi speculativă asupra omului în general, ci *observarea directă* a comportamentelor sociale particulare, pornind de la o relaţie

[47] A se vedea şi M. Heidegger *Fiinţă şi Timp* (1927, traducere românească în 2003) despre antropologie.
[48] Cf. Andrei Timotin, traducătorul lucrării *Timpul imaginii lumii*, 1998: 101
[49] Ediţia în limba română, apărută la Editur Polirom în 2000.

umană, de familiaritate cu grupurile pe care încercăm să le cunoaştem împărtăşindu-le existenţa" (Fr. Laplantine 2000: 35).

Acest proiect al unei cunoaşteri pozitive a omului reprezintă un eveniment care s-a produs în Occident în secolul al XVIII-lea şi este legat de proiectul mai larg al modernităţii, ne spune Laplantine (p. 94) care continuă arătând că:

„În acest fel, se ajunge ca la turnanta secolelor al XVIII-lea şi al XIX-lea să se constituie *Societé des observateurs de l'homme* (Societatea Observatorilor Omului, 1799-1805) asociaţie formată din filosofi, naturalişti, medici – numiţi toti pe atunci „ideologi" – care a definit foarte clar **obiectul** noului domeniu al cunoaşterii (***omul în aspectele sale fizice, psihice, sociale, culturale***), precum şi exigentele epistemologice ale acestei cunoaşteri. *Considérations sur les diverses méthodes à suivre dans l'observation des peuples sauvages* ale lui De Gérando (1800) sunt exemplare în aceasta privinţă. Prima metodologie a călătoriei, destinată cercetătorilor angajaţi într-o misiune pe „Pământurile australe", acest text este o critică adusă observării sălbatice a sălbaticului, urmărind să ghideze privirea observatorului. Savantul naturalist trebuie să fie el însuşi martor ocular la ceea ce observă, căci noua ştiinţă – calificată ca „ştiinţă a omului" sau „ştiinţă naturală" – este o „ştiinţă de observaţie" (Fr. Laplantine 2000: 95).

Laplantine însă precizează: „Dar proiectul lui De Gérando, care consta în a pune bazele unei ştiinţe a privirii, nu numai a omului fizic, ci şi a omului social şi cultural, nu a fost pus în practică. Sfârşitul secolului al XVIII-lea avea să joace un rol capital în pregătirea unei etnografii şi a unei antropologii ştiinţifice, dar epoca nu era încă suficient de coaptă pentru a merge mai departe" (p. 95).

Ce presupune acest vast proiect al secolului al XVIII-lea? Iată câteva idei pe care le sistematizează Laplantine:

„1. elaborarea unui anumit număr de concepte şi în primul rând a ***conceptului de om***, nu numai ca subiect, ci şi ca obiect al cunoaşterii, demers cu totul inedit, pentru că introduce dualitatea caracteristică ştiinţelor exacte (subiectul cunoscător şi obiectul de cunoscut) în studiul omului însuşi;

2. producerea unei cunoaşteri nu numai reflexive, ci şi ***observaţionale***, cu alte cuvinte a unui nou mod de acces la fiinţa umană care este studiată în existenţa sa concretă, luând în considerare determinările organismului său, raporturile sale de producţie, limbajul său, instituţiile sale, comportările sale; în acest fel, îşi face loc treptat pozitivismul unei ***cunoaşteri empirice*** (şi nu transcendentale ca până acum) a omului ca fiinţă vie (biologie), care munceşte (economie), care gândeşte (psihologie), care vorbeşte (lingvistică);

3. o metodă de observaţie şi analiză: ***metoda inductivă***; grupurile sociale (care încep să fie comparate cu organismele vii) pot fi considerate ca ansambluri „naturale" care trebuie studiate empiric, pornindu-se de la observarea faptelor, cu scopul de a descoperi legi" (Fr. Laplantine 2000: 93).

Etnologul francez Gérard Lenclud la rândul sau, în articolul „*En être ou ne pas être. L'anthropologie sociale et les sociétes complèxes*"[50] descrie *proiectul antropologiei sociale* ca fiind acela de a se constitui în ştiinţa socială care să surprindă atât

[50] *L'Homme,* 1986: 157.

diversitatea societăților umane, cât şi *unitatea* genului uman. Dacă ***sociologia*** are în mod tradițional ca obiect societățile complexe, iar ***antropologia*** societățile aşa-zis „primitive”, tradiționale sau exotice, conform cu ceea ce Lenclud într-un alt text[51] numeşte „***le Grand Partage***”[52], este necesar ca antropologia să-şi ducă până la capăt proiectul ştiințific şi anume de a se constitui într-o **ştiință unică a societăților umane** în unitatea şi diversitatea lor. Numai în acest sens poate fi pusă, dealtfel, şi problema legitimității cercetărilor etnologice asupra societăților complexe (cf. p. 157), ceea ce în literatura anglo-saxonă se numeşte „*anthropology at home*”[53]. Numai aşa antropologia poate spune că acoperă întreaga *extensiune* a **conceptului de om** (Gh. Geană, 1995).

În ceea ce priveşte *intensiunea* conceptului de om, aceasta presupune o reflecție prealabilă asupra *esenței omului*, reflecție care derivă din abordarea fenomenologică a antropologiei ca ştiință eidetică. Heidegger aminteşte acest aspect în *Ființă şi Timp* (2003: 68).

SPECIFICUL ABORDĂRII ANTROPOLOGICE

Antropologul american Felix Keesing (1966) reprezintă unul din autorii care încearcă să surprindă specificul abordării ştiințifice a omului şi a culturilor umane, arătând că: „Mulți savanți în afară de antropologi sunt preocupați cu ‘studiul omului’. O mai precisă delimitare ar putea fi făcută prin punerea următoarelor întrebări: Ce fac antropologii diferit de ceilalți? Ce sarcini au îndeplinit antropologii în istoria diviziunii muncii pe lângă ceilalți savanți care au studiat omul?

Abordarea antropologică va fi mai clară, este de părere Keesing, prin formularea următoarelor propoziții generale:

1. ”Antropologia a pus accentul pe studierea ***asemănărilor*** şi ***deosebirilor*** dintre oameni, abordând deci, un punct de vedere *comparativ.*
2. În timp ce, practic toți cei care studiază omul, se concentrează asupra populațiilor „civilizate”, mai ales a celor din Vestul modern, studierea diferențelor dintre oameni i-a condus pe antropologi la investigarea mai ales a populațiilor aşa numite „primitive” sau non-literate, situate în regiuni îndepărtate ale Terrei. Totuşi, antropologii moderni îşi aplică teoriile şi metodele de cercetare din ce în ce mai mult în cadrul comunităților lor de origine şi în general, asupra „marilor tradiții” ale civilizației.
3. Pentru a înțelege asemănările şi deosebirile dintre populațiile moderne, cercetarea trebuie sa se ocupe cu studiul istoriei scrise (aproximativ 5000 de ani) în scopul de a descoperi într-o măsură cât mai mare *originile* şi *dezvoltarea preliterată* a omului şi a obiceiurilor sale.

---

[51] G. Lenclud *Le grand partage ou la tentation éthnologique,* 1995: 9-37.

[52] Pentru o analiză a conceptului de « Grand Partage » în antropologie, a se vedea şi Bruno Latour *Nous n'avons jamais été modernes. Essai d'anthropologie symétrique*, 1997: 132-136.

[53] Această poziție vine în contradicție cu ideile exprimate de alți autori care consideră că obiectul principal al antropologiei sociale a fost şi este reprezentat de studiul societăților primitive, lipsite de stat, istorie şi scriere (Alain Testart 1986: 147-150).

4. Viziunea antropologică, folosind aceste perspective largi de spaţiu şi timp, descrie omul şi caracteristicile sale atât *fizice* cât şi *culturale* şi *sociale*.
5. Din această perspectivă ***holistică*** sau ***totală***, antropologii caută să facă ***generalizări*** despre om şi comportamentul său, văzut în toate dimensiunile sale. Aici, antropologii colaborează cu diverse alte grupuri de savanți (biologi, psihologi, sociologi, economişti, politologi, istorici, filologi etc.) care studiază omul în lumina propriilor interese disciplinare şi care, aşa cum am mai spus, s-au concentrat aproape în întregime asupra tradițiilor literate, în special asupra societăților Vestice moderne. Antropologii furnizează materie primă acestor savanți şi la rândul lor folosesc cunoaşterea acestora ". (F.Keesing 1966: 1-3).

ANTROPOLOGIA GENERALĂ ŞI CELE PATRU SUBDISCIPLINE ALE SALE

Antropologul şi epistemologul Alan Barnard (2000) subliniază diferențele care există între tradiția europeană şi cea americană în ceea ce priveşte componența antropologiei generale, ca disciplină ştiințifică: „ În America de Nord lucrurile sunt mult mai simple decât în Europa. În SUA şi Canada, **„antropologia"** include în general, patru domenii sau subdiscipline: *1. antropologia biologică; 2. arheologia; 3. antropologia lingvistică; 4. antropologia culturală***.** După Alan Barnard, vom înțelege că:

„**Antropologia biologică** este studiul biologiei umane, în special în măsura în care ea se leagă de antropologia înțeleasă ca un termen larg – ca ştiința a umanității. Uneori această subdisciplină se numeşte, folosind un termen mai vechi, ***antropologie fizică***. Acesta din urmă tinde sa reflecte interesul pentru anatomia comparată. Aceste comparații anatomice implică în special relațiile între specia umană şi primatele superioare (cum ar fi cimpanzeul şi gorila) şi relația între oamenii moderni şi strămoşii noştri (cum ar fi *Australopithecus africanus* şi *Homo erectus).* Comparațiile anatomice între „rase" sunt de multă vreme de domeniul trecutului, fiind depăşite de genetica umană, domeniu care avansează rapid. Genetica, împreună cu demografia, antropologia forensică şi paleo-medicina, compun acum antropologia biologică în sensul cel mai larg al termenului.

Arheologia (sau „arheologia preistorică", aşa cum este denumită în Europa) este o disciplină strâns înrudită. În timp ce comparația între trăsăturile anatomice ale fosilelor îşi găseşte locul potrivit în cadrul antropologiei biologice, relația acestor date cu habitatul lor şi căutarea unor chei pentru înțelegerea structurii societăților preistorice ține mai mult de arheologie. Arheologia include de asemenea şi căutarea relațiilor între grupuri şi reconstrucția vieții sociale chiar în timpuri mai recente. Acest lucru este foarte adevărat de pildă, în ceea ce priveşte materialele despre Nativii Nord Americani ce datează cu mult înainte de apariția scrierii. Mulți arheologi americani consideră subdisciplina lor ca fiind doar o prelungire a antropologiei culturale.

Antropologia lingvistică este studiul limbajului, dar în special în ceea ce priveşte diversitatea acestuia. Acest domeniu este mic în comparație cu lingvistica luată ca întreg, însă lingviştii antropologi țin legătura cu antropologia în timp ce curentul dominant în lingvistică se concentrează asupra principiilor subiacente

tuturor limbajelor. Se poate spune (într-un mod simplist) că în timp ce lingviştii moderni studiază *limbajul*, antropo-lingviştii, mai conservatori, studiază *limbaje.* Antropologia lingvistică este limitată integral la perspectiva „relativistă" din antropologia culturală care s-a născut odată cu ea, în antropologia lui Franz Boas.

Antropologia culturală este subdisciplina cea mai mare. În sensul cel mai larg, acest domeniu include studiul diversității culturale, căutarea universalelor culturale, descifrarea şi înțelegerea structurii sociale, interpretarea simbolismelor precum şi alte numeroase probleme. Are legături cu toate celelalte subdiscipline şi din acest motiv, mulți antropologi nord americani insistă să mențină viziunea pe care o au despre antropologie ca o ştiință unificată, în ciuda faptului că, majoritatea covârşitoare a antropologilor nord americani practică în mod exclusiv doar această subdisciplină. În mod corect sau nu, „antropologia" a început să însemne, în mai multe cercuri şi pe mai multe continente, doar „antropologie culturală".

Antropologia aplicată ar trebui, în opinia multor antropologi americani, să fie considerată ca un domeniu de sine stătător. Antropologia aplicată include aplicarea ideilor din antropologia culturală în medicină, intervenția în caz de dezastre, dezvoltarea comunitară şi în multe alte domenii unde o cunoaştere a culturii şi a societății este relevantă. În sens larg, antropologia aplicată poate include aspecte din antropologia biologică, lingvistică sau chiar arheologie" (Alan Barnard 2000: 2-4).

CONCEPȚIA ANTROPOLOGICĂ ŞTIINȚIFICĂ A LUI HENRI EY[54]

Întrebarea pe care trebuie să o punem, încă de la început, este, în opinia noastră, următoarea: avem de a face la Henri Ey, doar cu o *antropologie filosofică*, sau putem vorbi şi despre o *antropologie ştiințifică* (în sensul modern, de antropologie biologică şi antropologie culturală)?

Credem că, într-o primă etapă a efortului nostru de a înțelege concepția antropologică a lui Henri Ey, se cuvine să facem deosebirea dintre ***concepția despre om*** (concepția despre *natura umană*, *umanitatea omului*), pe care marele psihiatru francez o elaborează în cadrul operei sale teoretice şi ***concepția privind antropologia ştiințifică*** (biologică şi culturală). Analitic, vom deosebi astfel, în cadrul scrierilor lui Henri Ey:

- Concepția filosofică despre om;
- Concepția despre antropologia ştiințifică în general;
- Concepția despre antropologia biologică şi despre relevanța acesteia pentru psihiatrie;
- Concepția despre antropologia socio-culturală şi despre relevanța acesteia pentru psihiatrie.

[54] Ce este **ANTROPOLOGIA** pentru Henri Ey şi ce înțelege autorul prin ***natura umană*** ca obiect al acesteia, a se vedea H. Ey 1981:195. Despre **Antropologia culturală,** vezi H. EY et al. 1967 51-52, cap. I-III partea aV-a. Despre **Antropologia existențială**, vezi şi H. Ey 1973:1250, H. Ey et al. 1967: 50-52.

Concepția filosofică despre om – cuprinde aspectele ontologice fundamentale legate de realitatea omului, natura umană sau problematica umanismului.
Concepția antropologică științifică cuprinde aspectele de **antropologie biologică** şi de **antropologie culturală.**

ANTROPOLOGIA BIOLOGICĂ ŞI CONCEPȚIA LUI HENRI EY

Antropologia biologică este relevantă pentru organo-dinamism, în măsura în care este admisă, pe de o parte, *natura biologică a ființei umane*, precum şi *doctrina biotipologică*. În acelaşi timp, Henri Ey insistă asupra importanței conceptului de *organizare,* criticând antropologia culturală pentru că neglijează organizarea internă a individului uman. Totul culminează printr-o pledoarie pentru o ***antropologie a individului***, care reprezintă o bază mult mai largă pentru practica clinică decât o biologie a individului.

ANTROPOLOGIA CULTURALĂ ŞI CONCEPȚIA LUI HENRI EY

Cităm aici doar câteva aspecte relevante: 1) Subiect---autonomie---umanism vs. Individ---independență---individualism; raportul Subiect - Individ; **problema normativității**, transcendența imanentă---normativitate individuală vs. normativitate supraindividuală (culturală). 2) adaptarea la mediul natural şi cultural. Henri Ey spune: a fi adaptat nu înseamnă să fii conform(ist) în raport cu legea grupului cultural de care aparții ca individ; 3) **limbajul** intervine în construirea corpului psihic, dar limbajul este un fapt cultural. Limbajul se inserează prin discurs în realitatea concretă, acționează în plan ontologic, este un instrument de creație (cf. H. Ey 1973: 1437, P.Ricoeur 1995). Limbajul poate face ceva în lume prin poiectarea de ficțiuni (Ricoeur) **Proiectul personal** (H. Ey) este o ficțiune, un model verbal, care devine realitate. Eul implică, de asemenea, limbajul (H. Ey 1998: 306). 4) **Viața de relație** : I) prima relație sistematică a Eului cu Altul = încorporarea limbii materne (ținând de cultură); II) activitatea relațională a Eului cu el însuşi (verbalizarea ideilor, sentimentelor, proiectelor, conştientizarea); III) relatia Eu - lume este mediată prin limbaj: a) constituirea unui **model personal,** verbal, al lumii (H. Ey 1998: 307); credințele (ibidem); b) constituirea unui **proiect verbal al acțiunii** în imaginație, înainte de a-l transpune în act (vezi şi P. Ricoeur); 4) comunicarea prin limbaj între Eu şi Altul vs. solilocvie (H. Ey 1973: 1437, P. Ricoeur 1995). 5) **raportul Eu - Cultură**: H. Ey (1998: 290) subiectul se constituie în **„persoană”**; sistem personal de autodeterminare; afirmarea originalității, identității, existenței autonome; H. Ey (1998: 293) **viața de relație** (prima schiță) constă din experiențe furnizate de corp; detaşarea subiectului prin întâlnirea obstacolelor în calea dorințelor; constituirea relației Subiect-Obiect; H. Ey (1998: 296) **adaptarea** la normele comunității culturale; H. Ey (1998: 299-300) **conceperea personajului** şi **problema identificării**.

CONCEPȚIA ANTROPOLOGICĂ FILOSOFICĂ A LUI HENRI EY

PROBLEMA REALITĂȚII OMULUI

În volumul *Conştiinţa* Henri Ey abordează ***problema realității omului***. Pentru Ey, omul nu este nici identic cu *structura sa materială* (cum înțelege monismul materialist) nici nu dispare în spatele unor *structuri supraindividuale* şi impersonale aşa cum vor structuralismele:

„Realitatea omului nu constă nici în structuralismul molecular al creierului său (cum afirmă, negând omul, un materialism perimat), nici în structuralismul abstract al limbajului său (cum afirmă, negând omul, un nou nominalism), ci în organizarea însăşi a organismului uman, care leagă, prin corpul şi prin limbajul său, ceea ce el a fost de ceea ce el este şi de ceea ce el va fi” (H. Ey 1983: 30).

Omul are o realitate ireductibilă, „o realitate pluridimensională” (H. Ey 1983: 31), fiind înțeles într-o perspectivă ontologică pluralistă, implicând o arhitectură complexă, ierarhică de niveluri (fizic, organic, psihic, spiritual). Între aceste niveluri, raporturile sunt complexe, dinamice, dialectice[55], nivelurile inferioare generând nivelurile superioare, care sunt dotate cu mai multă libertate față de primele (vezi şi N.Hartmann).

Iată ce spune Ey în cadrul *Étude* No. 4, p.74: „Această poziție se poate rezuma într-un cuvânt: ea substituie monismului sau dualismului, ideea raporturilor de o dialectică vie între infrastructura vitală şi suprastructura psihică a persoanei.”

Complexitatea structurii omului - a ființei şi devenirii sale, a dimensiunilor sale conştiente şi inconştiente - se înscrie în însăşi **ontologia „naturii umane**, aşa cum o arată Henri Ey însuşi în *Conştiinţa* (1983: 405):

„Credem că revederea relațiilor dintre conştient şi inconştient trebuie să ne conducă spre întemeierea – lucru neavut în vedere ca atare în această carte, ea evitând să fie o apologetică – „naturii” umane împotriva exagerărilor unei interpretări „naturaliste” a legăturilor intersubiective sau a dorințelor. Raporturile dialectice între *a fi* şi *a avea*, între ființa şi devenirea noastră, între profunzimile şi superficiile noastre, la care ne-am referit în permanență (chiar dacă nu întotdeauna explicit), introduc în **ontologia „naturii” umane** o problematică ce o sustrag înseşi legilor naturii, cum sunt cele ale zoologiei ființei noastre. Definind ființa conştientă ca o capacitate de a fi pentru sine, adică pentru scopurile sale, şi subordonând inconştientul *dramaticii existenței*, suntem obligați să recunoaştem că este proprie omului în însăşi structura sa o importantă libertate conştientă de a se bucura şi de a suferi – şi o mult mai mică determinare inconştientă pentru bucurie *sau* suferință, această alternativă nefiind potrivită unei problematici morale specific umane” (H. Ey 1983: 405).

---

[55] Vezi şi referirea la M. Merleau-Ponty în nota 1 de la p.66, *Études psychiatriques* vol. I, nr. 3 (H. Ey 1948: 66).

PROBLEMA NATURII OMULUI

Concepţia lui Henri Ey despre ***natura Omului*** poate fi rezumată la următoarea propoziţie: este o teorie pluralistă şi ierarhică a nivelurilor ontologice ale Omului (e. g. H. Ey *Conştiinţa* 1983: 405):

- nivelul organic (vital);
- nivelul vieţii de relaţie automate;
- nivelul integrării psihice a vieţii de relaţie (nivelul uman).

Cât despre afirmatia lui Henri Ey: „omul nu e nici înger, nici animal" aceasta ne-ar putea duce cu gândul la o viziune despre om de tip „umanist"-existenţial, în care omul are o *esenţă* proprie, diferită de cea a animalului, aşa cum insistă Martin Heidegger[56], o viziune care pare să fie susţinută şi de ***principiul umanist,*** conform căruia, nici un bolnav psihic, oricât de degradat ar fi, nu iese din categoria umanului[57]. Prin urmare chiar şi în condiţiile bolii, esenţa umană a omului nu se pierde !

Pe de altă parte, în cadrul analizei filogenetice, Henri Ey compară omul cu animalele (atât cele inferioare cât şi cele superioare) şi adoptă, aşa cum vom vedea ceva mai departe, teza continuităţii între zooconştiinţă şi conştiinţa umană.

Este adevărat că, în ceea ce priveşte personalitatea, teza continuităţii este respinsă. Animalele nu sunt dotate cu personalitate. Dacă luăm în considerare faptul că personalitatea este asimilată, în diferite texte ale lui Henri Ey cu *Dasein*-ul heideggerian, putem înţelege de ce animalele nu pot avea personalitate.

Prin urmare, natura umană[58] dobândeşte o esenţă specifică, tipic umană (în mod cert nu supra-umană întrucât rămâne, în mod fatal, o natură corporală, de o materialitate ireductibilă). Deci omul are o esenţă umană care îl diferenţiază de animal şi de înger! Omul dobândeşte această „umanitate" ireductibilă, prin procesul însuşi de auto-construcţie a Persoanei sale, care îl smulge determinismului biologic al infrastructurii specifice al fiinţei sale.

În capitolul „*La nature de l'homme*" (H. Ey 1981: 186-222), la p. 195 Henri Ey aminteşte două concepţii opuse privind ***poziţia omului în natură***:

I. omul este în natură, supus legilor naturii, el nu este decât natură (atitudine materialistă, naturalistă sau deterministă faţă de om);

II. omul este în afara naturii şi chiar contra-naturii, destinul şi instituţiile sale fac atât de puţin parte din natura care, dimpotrivă, este destinată să fie stăpânită de către el.

În opinia lui Henri Ey, este „imposibil să opui atât de radical omul (morala sa, instituţiile sale, creativitatea sa) şi natura" (H. Ey 1981: 195).

Iată ce scrie autorul în această privinţă în lucrarea *Naissance de la Médecine*:

---

56 cf. M. Heidegger 1988 "*Scrisoare despre umanism*" si (1999) "*Introducere în metafizică*")

57 A se vedea textul nostru, având ca obiect, analiza relevanţei pe care o are principiul umanist amintit aici, pentru înţelegerea poziţiei lui Henri Ey în raport cu condiţia bolnavului psihic în general şi a pacientului cu demenţă senilă, în particular.

58 Pentru o analiză a naturii umane la Henri Ey, a se vedea introducerea de la *Naissance de la Médecine* (1981).

„**A fi om** înseamnă să aparţii unei **specii naturale de fiinţe vii**, cu un corp care manifestă această specificitate, care face din fiecare individ o diviziune a speciei. Dar, ca *fiinţă organizată în şi prin corpul uman,* înseamnă nu numai să faci parte dintre fiinţele vii, ci din însăşi **materia** din care sunt construite acestea, conform legilor fizicii (energie, macro- şi microfizică). Dar, mai ales, **a fi om** înseamnă să poţi, prin propriul corp, să prelungeşti şi să complexifici [materia], să produci o suprastructură şi să accezi prin negentropia însăşi a sistemului de individuare sau de integrare a persoanei, la **„uman, prea uman"** pentru a mai fi doar un animal pe care îl putem reduce la o natură vie, la rândul ei nici aceasta neputând fi redusă la o natură moartă şi minerală" (H. Ey 1981: 195).

Ca o consecinţă a acestei viziuni asupra omului, decurge şi înţelegerea **antropologiei**: „Antropologia nu mai poate fi nici o ştiinţă a naturii, nici o ştiinţă morală în afara sau contra naturii. Obiectul său, totalitatea fiinţei umane, nu este nici natura sa („fizică"), nici cultura sa („moral") ci articularea a ceea ce ţine, în şi prin organizarea corpului, de natura specifică vieţii şi de posibilitatea de a produce o ordine transcendentală de existenţă, adică de istorie şi de sistem personal al valorilor şi relaţiilor" (H. Ey 1981: 195).

ANTROPOLOGIA INDIVIDULUI

Teoria antropologică elaborată de către Henri Ey, se va contura în jurul ideii de *ştiinţă aplicată în clinică*. Aici, la nivelul clinicii, medicul vine în contact cu pacienţi individuali, de aceea, dacă antropologia este să fie relevantă pentru practica clinică, atunci ea trebuie să acorde mai multă atenţie individului uman. Ţinând cont de aceste lucruri, vom putea înţelege cum, cele trei surse fundamentale ale gândirii antropologice ale lui Henri Ey: *biologia umană, cultura umană* şi *existenţialismul*, converg într-o argumentaţie pentru o antropologie a individului. Această concepţie este elaborată mai ales în partea a III-a a Monografiei din 1975, parte dedicată „Modelului organo-dinamic al psihiatriei".

Ideea fundamentală a acestei viziuni antropologice poate fi redată prin teza lui L. von Bertalanffy (1968): „omul este un individ" şi în citatul pe care Henri Ey îl oferă, preluându-l dintr-un text al aceluiaşi autor: „Omul nu este doar un animal politic, el este mai întâi de toate un **individ**… Societatea umană nu este o comunitate de furnici şi de termite…ea este fondată pe desăvârşirea individului şi este pierdută dacă individul nu reprezintă decât o rotiţă a maşinăriei sociale" (L. von Bertalanffy op. cit. p. 51).

Următorul paragraf, după acest citat din von Bertalanffy, redă *concepţia fundamentală despre om* a lui Henri Ey:

„Aceasta este, în opinia noastră, ideea fundamentală despre Om, că el este mai înainte de toate o *organizare*, obiect al ştiinţei naturale a fiinţei sale şi mai ales a sistemului său integrator cerebral. Istoria sa naturală este ansamblul evenimentelor care se derulează în existenţa sa şi se rulează în inconştientul său şi normativitatea sa este cea a mişcării libere şi conştiente a auto-construcţiei sale (al său „self-organizing system"). Din acest moment, putem înţelege clar că natura Omului implică constituirea corpului său psihic, în măsura în care acesta este organul

persoanei şi al libertății sale, adică al individualității sale duse până la cea mai înaltă putere a sa şi nu [contrariu a ceea ce cred (uitând în acelaşi timp ceea ce Marx scria în faimosul Manuscris din 1844 despre „omul generic" sau cum înțelegea Engels „dialectica naturii") anumiți neo sau pseudo-marxişti contemporani] doar condiționat de către condițiile exterioare ale alienării sale" (H. Ey 1975: 211).

Lucrul cel mai important de reținut, este că această concepție antropologică stă la baza concepției organo-dinamice a psihiatriei elaborate de către Henri Ey.

Criticând antropologia culturală contemporană, pentru că „neglijează aproape sistematic organizarea individuală şi internă a ființei umane" (H. Ey 1975: 210), după ce arată că ***ideea fundamentală despre om*** constă în aceea că el este, mai înainte de toate o **organizare**, Henri Ey spune:

„Prin urmare, conceptul însuşi de organizare este cel care constituie veritabilul centru al modelului organo-dinamic al psihiatriei în măsura în care acesta vizează natura omului şi vulnerabilitatea sa" (H. Ey 1975: 211).

Sau, în *Conştiința* (1983), unde adaugă: „Conceptul de organizare aplicat la organismul nostru psihic implică ordinea „umană" a „naturii umane" sau, mai exact, propria lege, căreia ființa noastră conştientă îi supune natura sa, figurată, simbolizată în Inconştientul său. Omul este, într-adevăr, acea ființă a dorinței şi rațiunii care îşi echilibrează existența pentru a o realiza. Fireşte că nu este vorba să cădem într-un naturalism psihologic sau într-o transcendență pur morală sau culturală" (H. Ey 1983: 409).

Ca urmare, despre ***obiectul ştiinței omului***, Henri Ey va spune că: „Nu este un obiect ca toate celelalte, ci este Subiectul integrat în corp, subiectul „încarnat", Subiectul din corpul viu al omului, care trebuie să gândească şi să vorbească pentru a ieşi din existența sa inconştientă, pentru a ieşi în lume" (H. Ey 1983: 28).

Iată deci care este fundamentul antropologic al psihiatriei organo-dinamice. Pentru cercetarea noastră, degajarea concepției antropologice proprii modelului organo-dinamic al psihiatriei, este esențială întrucât, această antropologie, având ca obiect ***Omul ca individ***, ca ***Persoană,*** reprezintă fundamentul însuşi al demersului clinic specific organo-dinamismului (cunoaşterea clinică şi practica clinică).

CONCEPȚIA ANTROPOLOGICĂ A LUI HENRI EY ŞI VALORILE UMANISMULUI

În lucrarea sa *Era individului* (1998 : 11), Alain Renaut aminteşte valorile cele mai importante ale umanismului: *conştiință; stăpânire; voință; autonomie; autofondare.* Toate aceste concepte, apar ca atare, şi sunt utilizate în cadrul concepției teoretice elaborate de către Henri Ey. Ele realizează o infrastructură umanistă ireductibilă, atât pentru psihologia sa psiho-dinamică, cât şi pentru psihiatria organo-dinamică.

Alte concepte şi probleme filosofice ca: *individualism, autonomie, libertate, responsabilitate, problema transcendenței în imanență în raporturile dintre individul autonom şi normele exterioare, socio-culturale*, au de asemenea, relevanță pentru teoria psihiatrică organo-dinamică şi, implicit, pentru *foaia de observație psihiatrică* organo-dinamică.

Din punctul nostru de vedere, considerăm că există o corelație strânsă, între următoarele aspecte:

- *Problematica umanismului*: „detectarea raporturilor dintre condiționările de natură obiectivă ale acțiunii omului, pe de o parte şi exigențele interiorității, ale subiectivității umane, pe de altă parte" (M. Dumitru et al. *Lecții de filosofie* 1990: 168).
- Respingerea de către Henri Ey (probabil de pe poziția umanismului existențialist) a tezei *determinismului cultural al individului*[59], susținută de şcoala *Cultură şi personalitate;* a se vedea aici şi *ontogeneza Persoanei* pornind de la mediul socio-cultural; *omul ca ființă care alege* – filosofia valorii: „valoarea ca fundament al alegerii" (M. Dumitru et al. 1990: 140-146): Pentru Henri Ey, capacitatea omului de a alege, este înrădăcinată în creierul său, care este „organul libertății sale".
- Respingerea *teoriei etiologice sociogenice* atunci când este tratat efectul „acțiunii patogene a mediului". Aşa cum respinge *acțiunea patogenă a inconştientului*, Henri Ey respinge şi *acțiunea patogenă a mediului (socio-cultural)*. Care este atunci relevanța datelor socio-culturale pentru psihiatrie?[60]

IMPLICAȚII ALE CONCEPȚIEI ANTROPOLOGICE ASUPRA TEORIEI MEDICALE A LUI HENRI EY

Vom aminti, în cele ce urmează, două dintre cele mai importante implicații ale *concepției antropologice* adoptate de către Henri Ey, asupra *teoriei sale medicale*. Este vorba de relația dintre conceptul general de boală şi teoria despre natura omului, precum şi de relația dintre conceptul de sănătate ca normativitate şi teoria despre natura omului.

CONCEPTUL GENERAL DE BOALĂ ŞI NATURA OMULUI

În ceea ce priveşte *natura omului*, ea poate fi înțeleasă diferit, dacă luăm sau nu în considerare apartenența sa la regnul animal. Putem deosebi, aşa cum am arătat anterior, două concepții opuse, situate fiecare la o extremă:

- Omul nu este decât un animal, iar ceea ce încearcă în zadar antropologii culturali să stabilească, şi anume specificul uman al omului, acele capacități, structuri şi funcții care îl deosebesc de animale, poate fi în ultimă instanță redus la funcții şi comportamente animale similare.

[59] M. Dumitru et al. *Lecții de filosofie* 1990: 114, 118, 140, 168, 174. În *Lecții de filosofie*, problema individualității este pusă în legătură cu *existențialismul* (op cit p. 174).

[60] Spre deosebire de alte manuale de psihiatrie, *Manualul* lui H. Ey et al. dedică un capitol consistent antropologiei socio-culturale şi relațiilor factorilor sociali şi culturali cu bolile psihice.

- Omul nu este un animal, ci are o esență diferită de cea a animalelor, o esență specific umană[61].

La mijloc se află antropologii care, consideră omul, în acelaşi timp o specie animală dar şi o ființă culturală, spre deosebire de restul animalelor. Omul are capacitatea pentru cultură (*Cultura* cu majusculă) fiind *enculturat* în cadrul unor culturi particulare (*cultura* cu „c” mic) – cf. Ph. Kottack (1991).

Aceste considerații au o importanță aparte pentru înțelegerea conceptului de boală propus de Henri Ey. Includem aici şi conceptul de boală psihică.

Putem deosebi astfel, în cazul ***conceptului general de boală***, de asemenea, două poziții opuse:

Conceptul biologic de boală (e. g. Ch. Boorse 1977) - conceptul de boală din perspectivă biologică (mai precis din perspectiva biologiei evoluționiste). De exemplu, pentru Boorse (1977) boala reprezintă o deviere de la designul tipic pentru specie. Normalul este privit ca o medie statistică, în timp ce patologicul reprezintă doar o deviație cantitativă de la normal sau fiziologic. Apare în cazul acestei teorii, aşa-numita ***problemă a „pragului***”(Wulff & Pedersen 1990): cât de mare trebuie să fie deviația (cantitativ vorbind) unei structuri sau a unei funcții, astfel încât să fie considerată patologică? Spre deosebire de Ch. Boorse, Georges Canguilhem (1989a) este de părere că: a) „nici organismul, nici mediul său înconjurător nu pot fi numite normale dacă le considerăm separat, ci numai în relație” (G. Canguilhem 1989a: 161); b) „la fel cum o anomalie morfologică, simplă diferență de fapt, poate deveni patologică, adică să fie afectată de o valoare vitală negativă, când efectele sale sunt apreciate în raport cu un mediu definit unde anumite obligații ale viului devin ineluctabile, în acelaşi fel o deviație a unei constante fiziologice [. . .] nu constituie în ea însăşi un fapt patologic. Însă ea devine astfel, la un moment dat, moment care este dificil de determinat obiectiv și dinainte” (G. Canguilhem 1989a: 163). O consecință extrem de importantă a acestei poziții, este aceea că, normalul nu se mai defineşte în raport cu media statistică, ci prin referire la individul însuşi, în situații identice succesive sau în situații variate (G. Canguilhem 1989a: 163).

Conceptul existențial de boală (e. g. F. Svenaeus 2003: 3-16) - conceptul de boală din perspectiva antropologiei existențiale (mai precis din perspectiva fenomenologiei existențiale heideggeriene). Boala a putut fi interpretată existențial ca *stranietate*, ca *neaflare-acasă* (F. Svenaeus, 2003). Referitor la ***boala mintală***, A. Tatossian (1997) atrăgea atenția că aceasta nu poate fi privită din punct de vedere existențial ca *inautenticitate.*

Între cele două extreme, sau, tocmai depăşindu-le într-o manieră dialectică, sintetică, Henri Ey propune şi el un concept general de boală, recunoscând că *natura bolii* este legată de *natura omului*. Boala psihică, la rândul ei are, din punct de vedere organo-dinamic, mai multe dimensiuni: clinică, fenomenologică, existențială, biologică, culturală. Ca de fiecare dată, adept al „celei de a treia căi”, Henri Ey realizează o sinteză a pozițiilor opuse, ceea ce îmbogățeşte cu mult conținutul conceptului de boală în organo-dinamism. *Boala psihică* este „mai umană” decât boala

[61] A se vedea M. Heidegger (1999) *Introducere în metafizică*, K. Jaspers (1963) *General Psychopathology*.

somatică, tocmai pentru că ea alterează fiinţa umană chiar pe *nivelul ontologic specific uman*, superior *nivelului vital*, unde se situează patologia somatică, aceasta din urmă înţelasă dintr-o perspectivă dinamistă:

„Prin această din urmă remarcă, revenim la punctul nostru de plecare cu privire la aspectul filosofic al medicinii ca ştiinţă biologică. Am văzut că orientarea generală a acestei ştiinţe tinde să o facă să abandoneze conceptele de *cauzalitate mecanică*, pentru a reveni la o *cauzalitate „internă*", mai exact „vitalistă şi umanistă". Ea nu poate, totuşi să ajungă la o concepţie a bolii care o reduce la a nu mai fi decât o voinţă de moarte, fără ca în acelaşi timp să renunţe la toate achiziţiile pe care le datorăm anatomiei patologice, chimiei, fizicii, microbiologiei etc. Trebuie, deci, să recurgem la o formă „multidimensională" – şi într-o oarecare măsură „complementară" – a cauzalităţii în patologia umană. Fenomenele morbide se înscriu într-adevăr, în funcţie de o dublă coordonată, *determinismul* – chiar dacă acesta nu este decât relativ determinat – *naturii* şi *finalitatea* organismului în totalitatea sa psihosomatică. Dacă medicina secolului al XIX-lea nu lua în considerare decât determinismul naturii care făcea din medicină o „Ştiinţă naturală", dacă medicina secolului al XX-lea are tendinţa de a nu considera decât „sensul bolii" care transformă medicina în antropologie, se pare că, solicitată ca şi pe vremea lui Hipocrate între Cnidos şi Cos, ea trebuie să găsească linia progreselor sale în echilibrul dintre aceste două tendinţe, care sunt precum contrariile pe care ea are misiunea de a le reconcilia" (H. Ey 1952: 49).

Există astfel, în organo-dinamism, o corelaţie între *concepţia ontologică pluralistă despre om* şi *conceptul de boală,* fie *boala somatică* (la nivelul ontologic vital, sau biologic), fie *boala mintală* (la nivelul ontologic uman).

CONCEPTUL DE SĂNĂTATE MINTALĂ CA NORMATIVITATE ŞI NATURA UMANĂ

Sunt extrem de relevante, în opinia noastră, pentru înţelegerea acestei corelaţii între teoria antropologică privind natura omului şi teoria medicală privind sănătatea mintală ca normativitate, următoarele elemente din cadrul teoriei organo-dinamice :

Ideea de *natură a omului* (H. Ey 1981)
Structura fiinţei umane (H. Ey 1972 – schema fiinţei umane)
Conceptul de *organizare* (H. Ey 1975: 210, H. Ey 1981)
Organizarea corpului psihic
Corpul psihic ca *sistem indefinit deschis* (H. Ey 1975: 211)

Normativitatea sa este cea a mişcării libere şi conştiente a auto-construcţiei sale (H. Ey 1975: 210)

„Organizarea vie a Omului nu se încheie niciodată continuându-se fără încetare în sistemul indefinit deschis al corpului său psihic. Această ultimă şi vulnerabilă organizare este atinsă prin disoluţia psihopatologică" (H. Ey 1975: 211).

„Omul este „unitas multiplex", o fiinţă compusă, şi ierarhizată la maximum, de aceea e de la sine înţeles că ştiinţa omului, în măsura în care vizează nivelul socio-cultural al omului, se îndepărtează de „ştiinţele naturii" şi aceasta

tocmai în măsura în care, existența sa depăşeşte esența sa, sau viața sa „socială şi relațională” depăşeşte viața sa (nivelul vital –n. n. V.T.) sau cultura sa („nurture”) depăşeşte în mod natural natura sa” (H. Ey 1975: 210).

Psihiatria este ramura Medicinii care are ca obiect patologia vieții de relație la nivelul integrării psihice, adică *patologia umanității omului*, „patologia a ceea ce este cel mai „uman” în om” (H. Ey 1972), *patologia libertății umane individuale*.

Psihiatria postulează, spune Henri Ey, în manual (H. Ey et al. 1989: 66) „o diferență între normal şi patologic la omul considerat, de către medic, la nivelul umanității sale şi nu doar la nivelul vitalității sale (Boerhave)”. Ținând cont de faptul că nivelul specific uman este nivelul socio-cultural [a se vedea aici şi H. Ey et al. (1989: 46) unde Henri Ey aminteşte că „omul la vârful său, în umanitatea sa, este o ființă socială (socius)] atunci diferența între normal şi patologic specifică psihiatriei trebuie situată în primul rând pe nivelul social / socio-cultural al omului şi nu la nivelul vital (biologic).

Tocmai pentru că psihiatria postulează această diferență între normal şi patologic la nivelul umanității omului, ne spune Henri Ey, tocmai de aceea, „norma nu poate să fie luată drept o medie, o mediocritate sau un conformism mecanic. Ceea ce este „anormal” pentru psihiatru, nu este distanța față de media statistică (devianțe sau excepții cantitative). (…) Aceasta revine la a spune că, ideii de normă trebuie să i se substituie ideea de normativitate [...].” (H. Ey et al 1989: 74). Prin urmare, conceptul de sănătate mintală ca normativitate se potriveşte cel mai bine cu concepția lui Henri Ey despre natura omului şi a corpului psihic ca sistem indefinit deschis a cărui evoluție nu se opreşte niciodată. Nu există o limită superioară a evoluției şi organizării vii a Omului (cf. H. Ey 1975: 211). Această nelimitare a ideii de normativitate e subliniată de Henri Ey în manualul de Psihiatrie: „Normativitatea omului este diferită de norma statistică (…). Nu există, în acest sens, nici o limită superioară a normativității. Din contră, există o limită, însă inferioară şi statistică, a normalității (de exemplu coeficientul de inteligență)” (H. Ey et al. 1989: 67).

Această lipsă de semnificație a „cantitativului” în aprecierea normativității, are drept consecință în plan clinic, faptul că ea nu poate fi măsurată. Ea nu poate fi apreciată decât printr-o „relație inter-subiectivă” unde cunoaşterea (*le savoir*) psihiatrului joacă un rol determinant (H. Ey et al. 1989: 67).

CAPITOLUL 4
ANALIZA CONCEPȚIEI PSIHO-DINAMICE DESPRE PSIHOLOGIE

SITUAREA EPISTEMOLOGICĂ ŞI CRONOLOGICĂ A PSIHOLOGIEI LUI HENRI EY

În cadrul lucrării *Esquisse d'une conception organo-dynamique en psychiatrie*, apărută în *Die Psychiatrie de Gegenwart*, Henri Ey face o observație importantă şi anume că **teoria organo-dinamică** presupune o **teorie psiho-dinamică** a ***psihologiei normale***: „Sesizăm aici în aspectul său fundamental contra-sensul concepțiilor psiho-dinamice aplicate la un obiect radical inadecvat teoriei lor: bolnavul mintal" (H. Ey 1963: 759).

Prin urmare, Ey acceptă o teorie psiho-dinamică doar în ceea ce priveşte psihologia normală, în schimb, pentru domeniul bolilor psihice, el propune o teorie organo-dinamică ce constituie „o interpretare ipotetică a bolilor mintale definite ca structuri organice ale dezorganizării (proces organic) al căror efect sunt „ (H. Ey 1963: 759).

Henri Ey clasifică teoria lui cu privire la ***psihologia normală*** în cadrul concepțiilor psiho-dinamice, „genetice" (cf. H. Ey et al. 1989: 75) (alături, desigur, de concepția „psiho-dinamică" propusă de Freud sau de concepția „genetică" a lui Piaget etc.). Care sunt particularitățile care o diferențiază de aceste teorii ale dezvoltării psihice (*Psihogeneza* în termenii lui Henri Ey)?

La fel ca şi concepția sa psihiatrică, viziunea pe care o are Henri Ey despre *Psihologie* este una *sintetică* (cf. H. Ey et al.1967: 52). El încearcă să stabilească complementaritatea unor doctrine formulate de către diverse şcoli. Este vorba de o „**Psihologie structuralistă a conştiinței şi existenței**" (cf. H. Ey et al.1967: 48) care are ca **obiect** *Subiectul* în măsura în care acesta este „autorul şi centrul vieții sale de relație" (ibidem).

O astfel de psihologie trebuia construită de aşa manieră încât să se încadreze în tendințele Psihologiei contemporane autorului ei:

1. o tendință de a depăşi dualismul cartezian al corpului şi spiritului, printr-o *viziune mai dinamică a raporturilor dintre fizic şi moral*.
2. o tendință de a înlocui printr-o *perspectivă genetică* (cea a dezvoltării, evoluției ființei psihice) analiza statică a facultăților sau funcțiilor.
3. o tendință de a considera organizarea, „complexificarea" vieții psihice ca pe o *structură dinamică şi ierarhizată*.
4. o tendință de a integra neuro-biologia şi sociologia în obiectul însuşi al psihologiei, adică al *omului întreg* (H. Ey et al. 1967: 52).

Toate aceste *tendințe sintetice*, se spune mai departe în text, „sunt complementare şi se intrică profund pentru a forma această imagine medie şi simplă

– dacă nu chiar simplistă – a Psihologiei pe care am vrut s-o plasăm la începutul acestui *Manual.* Poate că aceste elemente de *Psihologie* oferite aici cititorului pentru a-i facilita înțelegerea Psihiatriei, îl vor face să ajungă la aceeaşi idee simplă, dar indispensabilă, că **domeniul Psihiatriei este cel al imaginii inversate al acestei Psihologii**. Căci bolile mintale pe care le studiază Psihiatria nu sunt comprehensibile decât dacă le considerăm ca inversiuni sau regresiuni ale dezvoltării structurale caracteristice vieții psihice a Omului care îşi construieşte existența" (H. Ey et al. 1967: 52).

Dacă în ordinea didactică, *Psihologia* poate fi situată ca un prim capitol introductiv la studiul *Psihiatriei* (după cum bine vedem în *Manuel de Psychiatrie* - 1967, cap. I *Éléments de psychologie*), în ordinea cunoaşterii, *Psihologia* nu poate veni, la Henri Ey, decât după experiența clinică psihiatrică şi aceasta deoarece, în tradiția şcolii franceze de psihologie inițiată de Théodule Ribot, boala este văzută ca un "experiment natural" care îi permite clinicianului să sesizeze, dincolo de patologic, structura normală a psihismului. Fidel preceptelor înaintaşului său, Ribot, Henri Ey porneşte întotdeauna de la clinică pentru a restitui Psihologiei obiectul său. Se pot face mai multe trimiteri la opera lui Ey in care psihiatrul francez face referire, mai mult sau mai puțin explicit la ceea ce se numeşte „*metoda patologică*" (e. g. H. Ey 1983: 77, 101 ; H. Ey 1963: 731 etc.).

DEFINIȚIA ŞI OBIECTUL PSIHOLOGIEI

La începutul capitolului dedicat *psihologiei medicale*, din *Manuel de Psychiatrie* regăsim următoarele formulări cu privire la definiția psihologiei şi a obiectului său: „*Psihologia* este una dintre ştiințele omului care are ca **obiect** *viața sa de relație,* adică *raporturile care îl leagă pe om ca Subiect sau Persoană, de lumea sa*" (H. Ey et al. 1967: 3).

„*Psihologia* este ştiința funcțiilor, operațiilor, comportamentelor şi sentimentelor ale căror dezvoltare şi organizare constituie modalitățile de adaptare ale individului la mediul fizic, social şi cultural în care se derulează existența sa" (op.cit. p. 3).

„*Psihologia* are ca obiect particular ființa umană în măsura în care aceasta se construieşte ca o totalitate individuală care subordonează acțiunilor şi reacțiunilor sale funcțiile corporale şi în special funcțiile bazale ale sistemului nervos" (op. cit. p. 3).

La fel, în cap. III. *Tendințe doctrinare în psihiatria contemporană* avem o altă definiție a psihologiei:

„*Psihologia* are ca obiect organizarea şi sistemul relațional al individului normal cu mediul său. Ea nu trebuie confundată cu *Psihiatria* care, ca ramură a *Medicinii* are ca obiect patologia „vieții de relație" la nivelul de integrare care asigură autonomia şi adaptarea omului la condițiile existenței sale" (H. Ey et al. 1989: 66).

Vom explicita această definiție (şi variantele ei) arătând care sunt conceptele cele mai importante pe care le implică, precum şi semnificația acestora în cadrul concepției psiho-dinamiste.

În primul rând, aflăm despre *psihologie* că este o ştiinţă umanistă, obiectul său specific fiind *Subiectul* uman înţeles ca *Persoană*, aflat în interacţiune cu mediul său de viaţă: mediul natural (al obiectelor fizice) şi mediul social şi cultural (al celorlalte persoane umane). În acelaşi timp, fiinţa umană se construieşte, pe parcursul ontogenezei sale, ca o organizare ierarhică şi dinamică, în care sunt integrate formele anterioare de evoluţie sau de dezvoltare ale psihicului.

Pentru Henri Ey, psihologia reprezintă o disciplină „antropologică" în măsura în care are ca obiect omul în umanitatea sa, la vârful evoluţiei sale psihice, adică omul ca fiinţă socială (*socius*) – cf. H. Ey et al 1967: 50 – o „antropologie" unde se fondează şi se integrează perspectivele neuro-biologice şi perspectivele psihice ale unei veritabile ştiinţe a omului, a „naturii" sale şi a „culturii" sale" (H. Ey et al. 1967: 7).

Obiectul psihologiei trebuie însă diferenţiat de obiectul altor discipline cu care există puncte importante de contact: *psihiatria* care studiază patologia vieţii de relaţie, *fiziologia şi neuro-fiziologia* care studiază funcţiile bazale ale sistemului nervos, sau *antropologia culturală,* care studiază grupurile umane şi cultura acestora.

Din cauza acestei lipse de înţelegere a situării psihologiei în ierarhia ştiinţelor omului: „unii medici pretind să reducă psihologia la fiziologie, sau alţii, să separe radical psihologia de fiziologie. O psihologie medicală nu poate fi gândită, în principiu decât ca o ştiinţă al cărei obiect este la baza sa în mod esenţial biologic fără a se putea reduce la acest plan sau nivel. Este de asemenea, la fel de imposibil să studiezi psihologia omului fără a ţine cont de *organismul* său (şi, în special, de organizarea sistemului său nervos) şi să-l studiezi ţinând cont numai de mecanica creierului sau de fizica funcţionării sale. Aceasta revine la a spune că omul, ca subiect al psihologiei, este subiectul propriei sale existenţe, agent al integrării care dă sensul său funcţiilor de adaptare ale organismului său „în situaţie", adică angajat în relaţii cu mediul său" (H. Ey et al. 1967: 3-4).

Nu putem să nu remarcăm încă o dată influenţa tradiţiei iniţiate de Th. Ribot şi problematica preluare a *modelului medical* în psihologie. Reamintim aici observaţiile lui Alejandro Dagfal (2002) din articolul său, apărut în *l'Évolution Psychiatrique* şi dedicat naşterii psihologiei „obiective" franceze:

„Théodule Ribot, inaugurând noua psihologie, mai ales ca *psihologie patologică*, a făcut o alegere, legată de problemele timpului şi ale contextului său. Medicina, fiind prototipul ştiinţificităţii zeificate de pozitivism, cu descoperirile sale experimentale, îi oferea de asemenea, fundamentele biologice de care psihologia avea atâta nevoie pentru a scăpa de obscurităţile eclectismului. Vis-à-vis de o *psihologie filosofică*, ce ieşire mai bună se putea găsi, decât o alianţă cu *psihiatria pe bază fiziologică*, perfect compatibilă cu evoluţionismul dominant şi bucurându-se încă de glorie, al alienismului pinelian? Consecinţele acestei alegeri vor caracteriza de aici înainte disciplina în Franţa, care va avea totdeauna o dependenţă marcată în raport cu modelul medical în general şi psihiatric în particular, în plus, de o vocaţie clinică ce nu poate fi negată" (A. Dagfal 2002: 595).

Henri Ey simte pericolul reducţionist biologic dar şi posibila separare radicală între psihologie şi neuro-fiziologie. De aceea, el atrage atenţia asupra

acestor alunecări, conferind astfel, autonomie psihologiei, al cărei fundament biologic nu poate fi însă negat (cf. H. Ey et al. 1967: 3).

PSIHOLOGIA LUI HENRI EY – CARACTERISTICI FUNDAMENTALE

Reținem că, *psihologia* din perspectiva psiho-dinamică a lui Henri Ey este, în acelaşi timp, o psihologie:

- dinamică
- genetică
- structuralistă

Vom încerca să oferim un răspuns la următoarele întrebări, strâns legate una de cealaltă: ce înțelege Henri Ey prin conceptul de *psihologie dinamică* şi de asemenea, ce înțelege prin conceptul de *psihologie genetică*? Ce înțelege Henri Ey prin conceptul de *structură psihică* şi ce înseamnă pentru el noțiunea de *psihologie structuralistă*?

PSIHOLOGIA DINAMICĂ

O *psihologie dinamică* reprezintă acea psihologie care „fără a se confunda cu neuro-fiziologia, se fondează pe corporeitatea structurii bazale a vieții psihice şi care, fără a se reduce la simplele relații ale Omului cu Mediul său, se fondează pe organizarea structurală internă şi progresivă a Persoanei umane" (H. Ey et al. 1967: 4). Ideea fundamentală care trebuie s-o anime, spune Henri Ey în continuare, este „cea a unei evoluții structurale şi ierarhizate a ceea ce, în timpul lui Hughlings Jackson, se numeau „funcțiile" psihice şi pe care noi ar trebui mai degrabă să le privim ca niveluri structurale ale evoluției creatoare (Bergson) sau ale organizării ființei psihice (Nicolai Hartmann). Altfel spus, aşa cum vom vedea, o psihologie medicală care trebuie să se aplice diverselor aspecte ale patologiei vieții de relație (Neurologie şi Psihiatrie) şi aspectelor psihologice ale naturii umane în general este *„genetică"* (P. Janet, J. Piaget etc.) sau nu este deloc, întrucât cheia tuturor problemelor ce formează obiectul acestor ştiințe a omului, nu se poate găsi decât în conceptul de *evoluție* sau de *complexificare* (Teilhard de Chardin) a vieții psihice sub toate formele sale" (H. Ey et al. 1967: 8).

PSIHOLOGIA GENETICĂ

Am văzut deci, ce anume se înțelege prin psihologia dinamică şi mai ales, am văzut că o psihologie dinamică trebuie să fie în acelaşi timp şi „genetică". Ce se înțelege prin psihologie genetică şi care sunt problemele pe care le pune o astfel de abordare a obiectului psihologiei?

Cu privire la această *psihologie genetică* sau *psihologie a dezvoltării persoanei umane*, Henri Ey et al. (1967: 29), fac următoarele remarci considerate capitale:

1.dezvoltarea psihică nu trebuie concepută pe modelul unei serii liniare. La fiecare nivel, la fiecare fază se adaugă, nu un nou inel ci, se construieşte o organizare

structurală. Fiecare din aceste niveluri structurale implică un progres în capacitățile funcționale de integrare şi în constituirea unei existențe caracterizate prin formarea Eului şi a Lumii sale.
2.este la fel de inutil să ne reprezentăm dezvoltarea ca fiind determinată de experiență (stimuli şi evenimente din mediul natural şi social exterior) cât şi de a ni-l reprezenta în vid, ca fiind determinat de legile organizării sale interne.
3.la vârful acestei dezvoltări ierarhizate se află „Rațiunea" ca sistem inteligent al existenței, care pune cu privire la cibernetică, aceeaşi problemă ca şi activitatea nervoasă superioară: inteligența este sau nu reductibilă la o logistică, la o tehnică maşinală de „formalizare"? Ar însemna să uităm acțiunea progresivă, creatoare şi personală a însuşi actului inteligenței care este în acelaşi timp tehnică, cunoaştere, invenție şi ideal, adică, în mod esențial, o funcție de achiziție şi de constituire a unui capital logic (*fonds mental*)" (H. Ey et al. 1967: 29).

Referindu-se la aspectul *genetic* al psihologiei adoptate de către Henri Ey, Jean Garrabé (1996) arată că: „Ey consideră că, dacă Jackson nu a putut duce la maturitate opera sa, acest lucru se datorează faptului „că i-a lipsit noțiunea unei ierarhii a funcțiilor nervoase care le depăşeşte, fie că este vorba de straturile inconştientului instinctivo-afectiv, aşa cum le-a descris Freud, fie că este vorba de ierarhia funcțiilor realului pe care a stabilit-o Janet". El însuşi nu indică în mod clar prin care din cele două psihologii genetice va duce la maturitate jacksonismul în psihiatrie, mai ales în ceea ce priveşte psihozele schizofrenice, întrucât acesta este sensul propriei sale opere" (J. Garrabé 1996: 15).

În opinia noastră, lucrurile sunt cu mult mai complicate, mai ales că, alături de cele două teorii psihologice genetice menționate de Garrabé, în structura modelului propus de Henri Ey, intră în mod evident şi elemente împrumutate din teoria dezvoltării inteligenței propusă de Jean Piaget. Capitolul dedicat fazelor sau etapelor ontogenezei psihice din *Manuel de Psychiatrie* stă mărturie în acest sens. La fel şi textul din *Die Psychiatrie Der Gegenwart* (1963) unde, în sprijinul tezei sale psihologice care susține că boala mintală este imanentă în însăşi structura psihicului normal, sunt aduse argumente din teorii genetice diverse:

„Este imposibil după cincizeci de ani de studii asupra *dezvoltării instinctelor* (Freud şi psihanaliştii), *inteligenței* (Piaget) sau *personalității* (Pierre Janet, W. Stern, Ch. Buhler) să nu ținem cont de stadiile succesive pe care le depăşeşte dezvoltarea spiritului pentru a deveni un adult, pentru a trece de la condiția de „infans" la acest om al cărui limbaj şi a cărui rațiune s-au construit pe vestigiile sau pe bâlbâielile primelor experiențe ale vieții" (H. Ey 1963: 724).
Toate aceste studii şi modelele teoretice care au rezultat din ele, furnizează psihologiei, aşa cum Henri Ey însuşi o mărturiseşte, „veritabilul său *obiect*: dezvoltarea vieții psihice, demonstrând că ființa psihică se dezvoltă în *faze succesive*[62] care constituie *etapele organizării* sale" (H. Ey 1963: 730).

---

[62] Ase vedea şi J. Crépault et al. în R. Ghiglione & Richard, J.-Fr. (eds). *Cours de psychologie (2). Bases, méthodes, épistemologie*, 3^{e}éd., DUNOD, Paris, 1999: 23, 68-72.

PSIHOLOGIA STRUCTURALISTĂ

Noțiunea de **structură** este esențială pentru înțelegerea concepției lui Henri Ey, atât asupra psihismului normal (structurile psihice), cât şi asupra bolilor psihice înțelese ca structuri psihopatologice.

Termenul **structură** este folosit ”în sensul unui 'plan de organizare' al unui organism” (H. Ey 1983: 360). Trebuie avut în vedere, de asemenea şi **conceptul biologic de organizare** care, în opinia autorului, face posibilă introducerea conceptului de **structură ierarhizată**, precum şi pe cele de *infrastructură* şi *suprastructură* (H. Ey 1983: 76). Proveniența biologică a *conceptului de organizare* este analizată pe larg în lucrarea ”*Des idées de Jackson à un modèle organo-dynamique en Psychiatrie*” (Introducere la partea a III-a., pp. 209-212). În cadrul aceleiaşi lucrări, autorul precizează: ”Structura înseamnă organizarea corpului psihic, căci, acesta, ca orice organism comportă o ordine de compoziție a părților sale şi subordonarea acestora totalității. Exact aceeaşi idee este exprimată prin conceptul de structură, cel care a inspirat ”Gestalt-psihologia” şi structuralismul lui Brentano, Dilthey şi în general al Şcolii germane în psihologie şi psihopatologie” (H. Ey 1975: 231).

Vom sublinia aici o particularitate a **structurii,** aşa cum este ea înțeleasă de către Ey şi anume ***esența ei temporală****:*

”Când se vorbeşte de *structura psihică* se au în vedere aşadar, forme de organizare, *scheme dinamice* considerate, după intuiția bergsoniană, ca un spațiu în durată, căci, după cum scria Merleau-Ponty (Signes, 1900), aceste ”structuri sunt ca melodia, nimic altceva decât un mod de a dura” (H. Ey 1983: 23).

Într-un anumit sens, structura devine, pentru psihologia structuralistă a conştiinței şi existenței, însuşi *obiectul* acesteia. Sunt astfel respinse atât conceptul de *facultate psihică* cât şi cel de *funcție psihică*, acestea trebuind să fie înlocuite cu conceptul de *structură psihică*:

„Astfel, înainte de descrierea lor, noi putem, noi trebuie să spunem că vizatul fenomenelor care ne apar ca trăire a realității psihice, ne oferă diversitatea acestora nu ca facultăți, ori ca funcțiuni, ci ca structuri. Se vorbeşte, în consecință de *structura percepției, a persoanei, a memoriei, a comportamentului, a inteligenței* etc. Un atare „model” conceptual al obiectului psihologiei se aplică formelor ființei noastre care sunt operațiile, sistemele intenționale, grupurile de *Gestalqualitaten* ce compun organizarea noastră şi cărora noi le recunoaştem caracterul de a fi conştiente, după cum intră sau nu în experiența trăită şi comunicabilă a subiectului deschis spre lume. Termenul de structură se aplică cel mai bine acestei realități a vieții psihice” (H. Ey 1983: 36). Remarcăm în textul citat din *Conştiința* (1983: 36) o pledoarie pentru poziția structuralistă în psihologie, ca reacție la poziția atomistă şi asociaționistă a psihologiei clasice (sec. al XIX-lea).

Este totuşi neclar dacă, în conformitate cu distincțiile propuse de Jean Piaget (1973: 10) ne aflăm în fața unei concepții „structuraliste operatorii” sau nu. Aceasta deoarece, pentru Piaget, *teoria gestaltistă a percepției* este inclusă în concepția holistă (care reprezintă, alături de structuralismul operator, cea de a doua poziție teoretică ce s-a opus psihologiei asociaționiste) în timp ce, pentru Henri Ey

ea pare să fie inclusă în concepția structuralistă la care el aderă[63]. Dealtfel, Henri Ey echivalează „structura" cu „forma" (Gestalt) în *Conştiința,* unde se spune că: înțeleasă între ideea unei pure intenționalități constituante (Ehrenfeld, Meinong, Husserl) şi cea a unei „forme" contextuale a percepției (Wertheimer), ea exprimă în esență o organizare internă şi activă, o *organizare autohtonă*" (H. Ey 1998: 23).

Orice fenomen psihic, spune Henri Ey, are o structură stratificată şi conflictuală care presupune inconştientul (H. Ey 1998: 31). Structurile psihice ni se dezvăluie într-o ordine ierarhizată care este cea a drumului libertății sale (H. Ey 1998: 23).

Cum recomandă Henri Ey să fie studiate structurile psihice? Iată un fragment cu caracter metodologic, din *Conştiința* (1998: 24): „fiecare structură psihică trebuie definită nu numai prin *organizarea*, ci şi prin *geneza*, prin *evoluția* şi *finalitatea* sa, adică prin *ceea ce a fost şi ceea ce este*, orice structură psihică implicând o ierarhie de niveluri ale ființei noastre care constituie ordinea temporalității ei şi a implicațiilor sale interne" (H. Ey 1998: 24).

A cunoaşte o *structură psihică*, implică să descriem geneza acesteia, organizarea ei, precum şi evoluția şi scopul, sau finalitatea sa. În acest fel, surprindem însuşi procesul de structurare, organizare şi funcționare al structurilor psihice atât în dimensiunea sincronă, cât şi diacronă a vieții psihice.

În ceea ce priveşte aspectul diacron al apariției şi complexificării progresive a vieții psihice, următorul fragment din Monografia (1975) ne permite să surprindem şi alte caracteristici importante ale structurilor psihice:

„Nu este mai puțin clar că, activitatea psihică se dezvoltă pornind de la rudimente ale vieții de relație după arhitectonica proprie reflexului (fundament şi limită a oricărei reflexologii) însă nu ar trebui, oricât de complicat am admite că este acesta, să reducem la jocul exclusiv al acestei arhitectonici, exercițiul activității psihice. Ştiința nu este obligată să se plieze la acest materialism strâmt ca la unul din postulatele sale esențiale. Va exista un obiect de ştiință, atâta timp cât vor exista în ordinea psihică realități concrete, chiar dacă atare realități constituie o funcționare de ansamblu ireductibilă la jocul părților sale" (H. Ey 1975: 137).

Recunoaştem aici *definiția structurii ca totalitate dinamică*, ireductibilă la elementele sale componente. Remarcăm, de asemenea, *ideea de dezvoltare* prin intrarea unor structuri (e. g. structuri reflexe) în componența altor structuri mai complexe (e. g. structuri psihice) organizate ierarhic şi în care legile de compoziție ale întregului sunt ireductibile la legile structurilor-element componente (J. Piaget 1973: 16).

Un aspect problematic al concepției psihologice structuraliste propuse de către Henri Ey, ține de faptul că pentru acesta, structura este „trăită" de către subiect. În ceea ce îl priveşte, Jean Piaget susține că în cazul construcției structurilor cognitive, „trăitul" nu joacă decât un rol minor, deoarece aceste structuri nu se găsesc în conştiința subiecților, ci în comportamentul lor operatoriu, ceea ce este cu totul altceva" (J. Piaget 1973: 79). Însăşi ideea de subiect, atât de dragă lui Henri Ey este problematică pentru Piaget (vezi J. Piaget 1973: 78-84).

63 A se vedea şi H. Ey *Conştiința* 1998, pp. 10-14: "Structurarea arhitectonică a "organismului psihic" este incompatibilă cu teoria "structuralistă" a sistemelor impersonale".

CERCETAREA FUNDAMENTELOR PSIHOLOGIEI

În *Manuel de Psychiatrie* (H. Ey et al. 1967), capitolul dedicat Psihologiei, începe cu prezentarea *problemelor fundamentale* ale acestei discipline, Henri Ey indicând soluțiile acceptabile pentru concepția sa privind Psihologia.

Care sunt, în opinia lui, *problemele filosofice* clasice (dar care îşi păstrează actualitatea) şi din care se pot degaja principiile fundamentale ale unei PSIHOLOGII DINAMICE? Ele sunt următoarele:

1) monism şi dualism (raporturile dintre fizic şi moral),
2) nativism şi empirism,
3) subiectivism şi obiectivism,
4) determinism şi libertate (H. Ey et al. 1967: 3—7).

Care ar fi, sintetizând *soluțiile prezentate ca acceptabile*, acele principii ce fondează din punct de vedere filosofic psihologia dinamică în viziunea autorilor (H. Ey, P. Bernard, Ch. Brisset) ?

Ca şi în alte locuri din opera sa, Henri Ey respinge, în ceea ce *priveşte problema raporturilor dintre minte şi corp*, atât *monismul* care susține că există o unitate substanțială între corp şi spirit, cât şi *dualismul* care consideră că mintea şi corpul au esențe diferite, ceea ce ar conduce la faptul că „psihologia ar presupune o filosofie *dualistă* şi o teorie *paralelistă* a raporturilor între fizic şi moral” (H. Ey et al. 1967: 4). De aici şi „necesitatea de a reveni la realitatea însăşi a dezvoltării şi organizării ființei psihice şi de a depăşi aceste certuri abstracte, prin considerarea raporturilor dintre fizic şi moral în perspectiva dinamică a unei ierarhii a ființei *vii, animate şi personale*, singura perspectivă care permite ieşirea din impas” (H. Ey et al. 1967: 5).

În volumul *Neurologie et Psychiatrie* (1998: 101) Henri Ey, răspunzând criticilor care îl consideră fie monist, fie dualist cu privire la *problema relației minte-corp*, arată că teoria sa ontologică este de fapt un „ierarhism structural şi evoluționist” a cărui esență este de „a se prezenta ca o serie de concepte biologice care nu se reclamă nici de la dualism nici de la monism, pe care înțelege să le depăşească, pentru a se adapta doar la natura empirică a lucrurilor. Propriul noțiunilor dialectice de evoluție a funcțiilor, de niveluri de integrare etc. este, nu de a concilia dintr-o perspectivă eclectică care mi-este străină, ci de a depăşi dintr-o perspectivă critică antinomia tezelor moniste şi dualiste, ale continuității şi ale discontinuității etc. ...Nu mă voi opri prea mult asupra acestui reproş, căci mi se pare imposibil ca aceia ce sunt familiarizați cu gândirea mea, pot să nu înțeleagă că eu nu apăr (chiar atunci când, pentru comoditatea expunerii vorbesc de „două planuri”) teza transcendenței vieții psihice în raport cu viața, sau îmi atribuie ideea de a introduce în teoria mea genetică „psihicul” ca o mutație miraculoasă pe parcursul evoluției „organicului”. ...eu dau noțiunilor de evoluție şi de nivel deplina lor semnificație, adică aceea a unei mişcări a cărei formă finală nu este pe de-a întregul conținută în forma inițială. Tocmai în aceasta cred eu că rezidă principalul conflict de opinie între mine şi cei ce mă contrazic, acesta fiind cel mai profund şi cel care le determină pe toate celelalte” (H. Ey 1998: 102).

Problema *raporturilor între înnăscut şi dobândit*, formulată de Henri Ey ca opoziție între nativism şi empirism, depăşeşte ca importanță granițele psihologiei, fiind întâlnită, de asemenea, în filosofie (opoziția *a priori / a posteriori*) sau în antropologie (opoziția *nature / nurture*). În ceea ce priveşte psihologia, această problemă s-a pus cu privire la inteligență, caracter, sentimente, concepția despre lume şi relațiile cu lumea înconjurătoare, sub forma întrebării: ce anume este înnăscut, preformat, constituțional, instinctiv (sau *a priori*) şi ce anume este dobândit, consecutiv experienței personale acumulate şi a acțiunii mediului? – H. Ey et al. 1967: 5 – Henri Ey formulează poziția sa după cum urmează: „organizarea vieții psihice, structura conştiinței, construcția personalității, operațiile care sunt la baza şi la vârful cunoaşterii de către noi a lumii obiective şi a comunicării cu ceilalți, toate sentimentele noastre, toate ideile noastre, toate acțiunile noastre sunt în acelaşi timp dependente atât de organismul nostru cât şi de mediul exterior...Este într-adevăr, imposibil să considerăm viața de relație umană ca pe o simplă acumulare de senzații, de impresii sau de răspunsuri la stimuli. Suntem forțați să admitem că însăşi formarea acestei experiențe depinde de activitatea proprie subiectului. Putem spune chiar că psihologia ar putea să fie definită ca ştiința organizării individului care în acelaşi timp permite şi reflectă experiența sa, căci viața psihică nu este nici pură virtualitate, nici pur reflex" (H. Ey et al. 1967: 6).
O altă problemă fundamentală a psihologiei, pe care o regăsim în acest subcapitol din manual, pune în *opoziție subiectul şi lumea obiectelor*, opoziție care a putut fi considerată ca origine sau centru al vieții psihice (H. Ey et al. 1967: 6). Formulată ca opoziție între *subiectivism* şi *obiectivism*, această problemă, transpusă în domeniul psihologiei, revine la a şti *à propos* de conştiință, percepție, Eu etc., dacă acestea „trebuie să fie considerate ca guvernate de forme de organizare interne ale subiectului, sau considerate ca efecte ale acțiunii formatoare a lumii obiectelor" (H. Ey et al. 1967: 6). Sau, altfel spus, viața psihică trebuie considerată pe modelul experienței intime a gândirii subiectului sau pe cel al experienței obiective a mediului natural sau social? (ibidem). În această problemă, spune Henri Ey în continuare, antinomia a fost depășită printr-o concepție holistă, totalistă a vieții psihice, concepție care a fost promovată de unii dintre precursorii importanți ai concepției sale despre psihic. Sunt citați aici H. Bergson, W. James, E. Husserl, Nicolai Hartmann. Aceste concepții au adus în prim plan noțiuni dinamice cum ar fi „structuri psihice", „forme" etc. Acestea permit o integrare a subiectivului şi obiectivului în viața psihică, ceea ce a condus la o „revizuire profundă a problemei obiectivului şi subiectivului" (op. cit. p. 6).

Psihologia psiho-dinamică a lui Henri Ey îşi propune să surprindă tocmai *unitatea dintre subiectiv şi obiectiv*, dintre Eu şi Lumea sa, ca reprezentând însuşi sensul sau funcționarea vieții psihice a omului (H. Ey et al. 1967: 6). Pentru a realiza acest deziderat, Henri Ey nu va ignora nici una din concepțiile filosofice sau psihologice (gestaltiste, structuraliste, fenomenologice, bio-psihologice totaliste) care îi vor fi ghid şi sprijin în elaborarea propriei sale viziuni teoretice. Problema raporturilor dintre *subiectiv* şi *obiectiv*, probabil cel mai bine se reflectă în teoria lui Henri Ey cu privire la infrastructura conştiinței, teoria percepției şi a organizării anti-halucinatorii a organelor de simț, precum şi în teoria cu privire la structura Eului

înțeles ca manieră-de-a-fi-în-lume (*Dasein*) şi a perspectivei existențiale asupra raporturilor între Eu şi Lumea sa.

Ultima mare problemă filosofică la care face referire Henri Ey, este problema *raporturilor între determinism şi liber arbitru*. Transpusă în psihologie, această aporie clasică îi situează în tabere opuse pe behaviorişti, psihosociologi şi reflexologi, pe de o parte şi pe spiritualiştii idealişti, de la Bergson la Maurice Blondel (H. Ey et al. 1967: 7).

Pe parcursul întregii sale opere, Henri Ey va combate atât *determinismul biologic* (în care ființa umană s-ar afla în întregime supusă legilor naturii) cât şi *determinismul socio-cultural* (în care persoana umană ar fi supusă în întregime legilor societății) fie el conştient, fie inconştient (H. Ey 1983: 406). Acest „conflict între transcendența sau imanența vieții psihice relativ la corporalitatea sau la determinanții socio-culturali, este depăşit, spune Henri Ey, de către dialectica (Hegel) implicată în noțiunea de *devenire istorică a persoanei*" (H. Ey et al. 1967: 7). Astfel încât, obeictul psihologiei nu poate fi înțeles decât ca „o construcție care smulge subiectul din determinările sale" (ibidem). Prin urmare, „viața psihică trebuie văzută ca ansamblul fenomenelor care constituie istoria personală (Spranger, W. Stern, Mounier) a omului constituind prin ideile sale şi prin limbajul său, un sistem de valori care devine Lumea sa. „Realitatea" Lumii *sale* şi realitatea libertății *sale* se confundă" (H. Ey et al. 1967: 7).

Probabil că nicăieri nu se vede mai bine această opțiune a lui Henri Ey pentru libertate şi liber arbitru, ca în teoria sa privind *construcția personalității* şi constituirea sistemului de valori ale Eului, printr-o serie de alegeri şi încorporări ale logicii, moralei, sintaxei sau regulilor sociale, într-un *axiologic personal* (H. Ey 1983: 308). De asemenea, în contrapondere, domeniul psihopatologiei se caracterizează tocmai prin aceea că are loc „o pierdere a libertății în dezorganizările ființei noastre conştiente, adică în maladiile mintale" (H. Ey 1983: 403).

CRITICA LUI HENRI EY ASUPRA CONCEPȚIILOR TEORETICE DIN PSIHOLOGIE

În mai multe din textele sale dedicate psihologiei, Henri Ey critică orientările teoretice dominante în epocă. Este vorba de teorii din *psihologia medicală, psihanaliză, psihologia socială*[64].

Acestea sunt considerate „psihologii plane" (H. Ey 1973: 1436) adică reduse la un singur plan (spațiu, spirit, societate) şi „fără plan", adică „fără o ordine ierarhizată a structurilor ordonate în raport cu scopul lor" (ibidem). De fapt, „ceea ce le lipseşte acestor concepții metafizice, este VIAȚA. Viața este o condiție necesară a vieții psihice, însă nu o condiție suficientă a corpului psihic. Acesta într-adevăr depăşeşte prin organizarea sa ordinea vitalității, pentru a-i substitui pe cea a unei autonomii personale. PSIHOLOGIA nu este o ştiință a naturii" (H. Ey 1973:1436).

---

64 Sunt criticate astfel, următoarele: *Psihologia rațională* – H. Ey et al. 1967: 30; *Psihanaliza* – H. Ey 1973: 1100, 1435-36; *Psihologia socială* – H. Ey 1975: 216-219.

Spre deosebire de aceste concepții teoretice, psihologia lui Henri Ey admite ipoteza *organizării ierarhizate a „corpului psihic”* care corespunde *arhitecturii sistemului nervos central (SNC)* (H. Ey 1975:256; H.Ey 1973:1100).

CONCEPȚIA DESPRE CORPUL PSIHIC

NATURA CORPULUI PSIHIC

O manieră potrivită de a începe studiul asupra naturii corpului psihic, ni s-a părut redarea analizei pe care Henri Ey o face problemei fundamentale a Psihiatriei şi anume ***problema naturii ”bolii mintale”***. În primul capitol al lucrării *”Des idées de Jackson à un modèle organo-dynamique en Psychiatrie*” (H. Ey 1975: 213), se arată că această problemă a fost pusă, în general, sub forma a două categorii de interogații: 1) interogații asupra *cauzei fizice* sau *psihice* a bolii mintale; 2) interogații asupra naturii acesteia, a modalității sale de a fi, *omogenă* sau *heterogenă* în raport cu viața psihică normală şi cu variațiile sale fiziologice.
Această chestionare cu privire la natura şi cauzele bolilor psihice, este cu atât mai dificilă, ne previne autorul, cu cât ea implică, de fapt, una din aporiile celebre ale filosofiei şi anume **problema raporturilor dintre minte şi corp** (antinomie pe care Henri Ey preferă s-o formuleze, aşa cum avăzut deja, în termenii relației dintre fizic şi moral).

Spuneam anterior că, în istoria filosofiei, au fost propuse mai multe tipuri de soluții la această problemă, însă, în mare, două[65] au fost categoriile în care aceste soluții se pot încadra: *poziții dualiste* şi *poziții moniste*.
Dualismul ontologic a fost transpus în cadrul disputelor cu privire la natura bolilor mintale, sub forma unei opoziții radicale şi contradictorii între o concepție care face din boala mintală o **boală organică** (asimilată bolilor altor organe şi sisteme ale corpului, deci echivalentă bolilor somatice) şi o concepție care face din boala mintală o **boală morală** (ceea ce duce la excluderea bolilor psihice din cadrul patologiei generale). În ambele cazuri, spune Henri Ey, definiția bolii mintale are de suferit. Prima concepție duce la pierderea sensului de ”mintală” a bolii psihice (se pierde specificitatea bolii psihice în raport cu bolile somatice). În ceea ce priveşte cea de a doua concepție, este negat însuşi caracterul de boală al suferinței psihice.
Această contradicție pe care Henri Ey o numeste ***„psihiatricidă”***, nu poate fi depăşită, în opinia autorului, decât ”printr-o **concepție asupra organizării corpului**, care integrează viața de relație, precum şi persoana sa în interiorul tegumentului său, în loc să juxtapună indefinit *soma* şi *psyché* sau, să reducă unul la imaginea celuilalt” (H. Ey 1975: 214). Sunt respinse astfel atât concepțiile dualiste cât şi cele moniste cu privire la relația minte-corp. De aceea, Henri Ey va insista asupra ideii că, ”în loc de a separa *corpul* şi *spiritul*, creierul şi gândirea, Neurologia şi Psihiatria, ar fi mult mai util să recurgem la ideea de **niveluri ierarhizate de integrare** pentru a descoperi *logica corpului psihic* care, ea singură ne permite să

[65] Există, de fapt şi poziții pluraliste, Henri Ey însuşi aderând la o astfel de poziție ontologică, însă clasic, lupta s-a dus între susținătorii monismului şi cei ai dualismului ontologic.

distingem categoriile naturale ale patologiei sale. Acest corp, este el însuşi (ca şi corp), organizat pentru a se naşte, a se dezvolta şi a trăi pornind de la structuri, funcţii, faze, necesare existenţei sale. Dar ceea ce constituie originalitatea sa, este **structurarea temporală a organizării sale**, adică *memoria* sa. Nu este vorba aici despre memoria reproducătoare a unui computer, ci de memoria producătoare a unei deveniri care nu ar surveni niciodată decât derulând în acţiunea sa experienţa rulată în trecutul său. Acestea fiind spuse, este clar că trebuie să facem distincţii în cadrul patologiei diverselor straturi arhitectonice ale corpului psihic" (H. Ey 1975: 259).

În continuare, vom afla că: „Acest corp, integrând scopurilor sale mijloacele de care dispune, este astfel organizat pentru a furniza Subiectului instrumentele acţiunii sale şi pentru a-i permite să se servească de acestea aşa cum crede de cuviinţă. Se poate vedea foarte clar că aici se foloseşte foarte mult limbajul oricărei dialectici a producţiei şi fabricaţiei. Aceasta pentru că, efectiv, corpul psihic, structurat şi finalizat de la început, se dezvoltă progresiv pentru a constitui un *integron*, un sistem coordonat, dar de asemenea un sistem deschis al cărui scop la fiecare moment de timp este de a dirija acţiunea până la consumarea acesteia. Ordinea acestei organizări nu este doar un ordin (comandă) de care ascultă instanţele inferioare, ci un plan care cere ca mijloacele să fie subordonate scopului. Astfel, ceea ce separă planul funcţiilor instrumentale de funcţia generală de integrare, este raportul dialectic între mijloace şi scop, nu cel spaţial, de la periferic la central, sau cel cantitativ, de la elementar la complex, aşa cum susţinea concepţia clasică" (H. Ey 1975: 260).

IPOTEZA CORPULUI PSIHIC

În introducerea la volumul *„Schizophrénies. Études cliniques et psychopathologique"* (H. Ey, 1996), Jean Garrabé arată că, datorită imposibilităţii de a aplica ideile lui Jackson la grupul schizofreniilor lui Bleuler, Henri Ey va introduce, prin ipoteză, o nouă noţiune şi anume, *noţiunea de „corp psihic"* ca model de organizare a vieţii psihice (J. Garrabé 1996: 13). Acesta este momentul, ne spune Garrabé, când concepţia teoretică a lui Henri Ey trece de la perioada neo-jacksoniană la cea propriu-zis organo-dinamică.

Ce devine în acest context, problema fundamentală a *naturii bolii psihice*? Ea se reduce, în opinia lui Henri Ey (1975), la întrebarea esenţială: ***„corpul psihic" este situat în interiorul sau în exteriorul tegumentului, în afara sau înăuntrul organizării corpului*** ?

Răspunsul vine câteva pagini mai departe, când Henri Ey precizează: "În şi prin acest Corp (corpul fizic – n.n VT) indefinit fixat prin instinctul său de conservare la o homeostazie pe care acesta i-o garantează, ia naştere pentru a se schimba şi a se dezvolta, un nou Corp, "Corpul psihic": cel care nu este nici altul nici acelaşi cu Corpul ce ocupă locul său în spaţiu (cel delimitat prin tegumentul său), ci un corp care este esenţialmente o fiinţă de timp, de devenire, tinzând prin auto-construcţia sa, spre propria sa finitudine" (H. Ey 1975: 227).

Sigmund Freud recursese la termenul „aparat" pentru a desemna acest Corp. Însă Henri Ey consideră această denumire ca fiind inadecvată, datorită conotaţiilor sale

mecaniciste, corpul psihic nefiind o maşină ci ”este integrat în şi prin activitatea cerebrală” (H. Ey 1975: 230). Iar la rândul său creierul, nu mai este înțeles ca ”o maşină de transmisie, de asociații, cum se spunea în sec. al XIX-lea, ci organul însuşi al libertății noastre” (H. Ey 1975: 230). Creierul, continuă Ey, este ”construit pentru a permite Subiectului să creeze: prin reprezentarea lumii sale, creează un mijloc de a dispune de aceasta; prin încorporarea limbajului său creează o legislație a realității sale; prin capacitatea sa operațională realizează o punere în practică a acțiunilor sale. El este organul libertății înseşi în măsura în care aceasta implică un ideal sau un program existențial care integrează programul genetic extrăgând dintre posibilitățile acestuia pe aceea de a deveni cineva. Căci în el şi prin el, creatura creatoare, se construieşte autonomia Persoanei” (H. Ey 1975: 230).
Vom vedea mai departe că Henri Ey nu respinge doar termenul de aparat psihic, înlocuindu-l cu cel de corp psihic, sau organism psihic, ci modifică însăşi schema de organizare a acestui aparat psihic, aşa cum fusese propusă de topica lui Freud.

ANALIZA STRUCTURALĂ A CORPULUI PSIHIC

Deoarece corpul psihic se constituie printr-o ***auto-organizare*** şi ***complexificare*** progresive (H. Ey 1975: 212), el are o *structură ierarhizată* alcătuită din straturi sau niveluri. În acest sens, autorul spune: ”Această stratificare ierarhizată este probabil cea mai caracteristică ființei psihice, este cea la care ne trimit toate aspectele psihologice ale instanțelor afective inconştiente ale imaginarului, automatismului şi memoriei” (H. Ey 1963: 730).

Revenim acum la întrebarea pe care am lăsat-o fără răspuns ceva mai înainte şi anume**:** care este structura, adică organizarea „corpului psihic”?

Ca orice organism, spune Henri Ey, *corpul psihic* implică o ***ordine de compoziție*** a părților sale precum şi subordonarea acestora totalității (H. Ey 1975: 231). Dar această ordine de organizare nu este posibilă decât datorită caracteristicilor funcționale ale creierului căci ”prin activitatea însăşi a creierului, la rândul ei garantată prin structura şi auto-organizarea sa, se exercită această posibilitate” (H. Ey 1975: 232).

Trebuie remarcat faptul că, deşi schema de organizare a organismului psihic este construită pe *modelul topicii freudiene*, deci este de inspiratie psihanalitică, Henri Ey rămâne consecvent cu sine în opoziția sa față de o „psihologie fără corp”, în general față de orice concepție psihogenetică pură şi în credința sa în ideea că Psihanaliza a avut o serie de intuiții valabile care trebuie însă corectate şi adecvate unei viziuni organiciste asupra psihopatologiei (o concepție asupra unui Subiect încorporat, a cărui existență este condiționată de activitatea creierului), ceea ce organo-dinamismul a încercat să facă.
În opinia autorului, Psihismul, „Psyché” ”constituie un **sistem de forțe** care integrează funcțiile nervoase şi non-nervoase într-o activitate la maximum *personală*. Activitatea sa se defineşte în sensul unui raport de subordonare a părților față de tot. Aceasta înseamnă că „activitatea psihică este prin esență, constituită şi se defineşte printr-o mişcare originală de 'punere în formă', de 'punere în ordine' a infrastructurii organismului” (H. Ey, *Études psychiatriques*, vol. I, p. 262).

Prin urmare, organismul psihic este gândit ca o **ierarhie**, fiind structurat într-un sens precis, care este ***devenirea conştientă*** (H. Ey 1983: 353). În acelaşi timp, Inconştientul face şi el parte integrantă din structura fiinţei psihice. El nu se constituie însă ca un ”soclu” pe care se construieşte porţiunea conştientă a corpului psihic, ci coexistă cu aceasta, exprimându-se împreună cu ea (H. Ey 1983: 320). Dealtfel, Henri Ey insistă asupra acestui punct esenţial al concepţiei sale şi anume că: ” Poziţia 'inferioară' a Inconştientului nu trebuie să ne-o reprezentăm în nici un caz în spaţiu, ca o regiune spaţială, ca o sferă inferioară căreia i se suprapune o instanţă dominantă. [...] Nici un act, nici o gândire, nici o idee, în nici o categorie sau în nici un nivel ontologic al fiinţei umane, nu separă radical Inconştientul de Conştient. Conştiinţa e prezentă chiar şi în cele mai joase niveluri ale inconştienţei. Tot aşa, inconştientul e prezent chiar în formele superioare ale spiritului. Lupta care se dă în om în fiecare moment sau în fiecare din proiectele existenţei sale, între instanţele sale superioare şi cele inferioare, luptă care este însăşi viaţa psihică, implică constanţa ontologică a unui conflict al fiinţei noastre care determină toate alegerile şi toate experienţele noastre. Astfel că viaţa noastră psihică nu este împărţită în două, ci prezintă o ***organizare bipolară*** definită prin termenii seriei „Conştiinţă – Eu (*Moi*) - Transcendenţă – Raţiune” şi prin cei ai seriei „Inconştient – Automatism – Instinct” (H. Ey 1983: 401).

Din punct de vedere diacron, arată Henri Ey, ”într-un prim moment, fiinţa noastră conştientă se constituie prin opoziţie faţă de Inconştient, apoi Inconştientul se organizează prin opoziţie faţă de fiinţa noastră conştientă. [...] În acest fel, raporturile dintre Cs şi Ics se înscriu în ***planul de organizare psihică*** nu ca raporturi între zero (Cs) şi infinit (Ics), după cum au tendinţa să-şi reprezinte mulţi dintre psihanalişti ci, dimpotrivă, într-o dialectică ce atribuie Cs sensul unui sistem integrant” (H. Ey 1983: 353).

STRUCTURA ORGANISMULUI PSIHIC (TOPICA)

Pornind de la modelul oferit de teoria freudiană a Inconştientului şi de teoria topică a aparatului psihic, Henri Ey propune la rândul sau o **schemă generală a organismului psihic** asupra căreia autorul face următoarele consideraţii: ”1) fiinţa noastră conştientă comportă Eul (le Moi) şi idealul Eului (Supra-Eul propriu-zis); 2) Inconştientul este compus din Sine (Ça) şi din contrapulsiunile sale (Instincte ale morţii şi Sub-Eului, acesta din urmă, în mod nepotrivit, numit Supra-Eu)” (H. Ey 1998: 358). De asemenea, din schemă mai decurg o serie de concluzii importante şi anume: ”1) structura fiinţei noastre conştiente încadrează Ics şi exercită asupra Sinelui refularea, impunându-i forme complexuale, adică reprezentanţii simbolici ai pulsiunilor; 2) Sinele constituie masa Ics, fiind compus din forţele contradictorii ale *Libido*-ului şi *Destrudo*-ului şi este organic întreţesut cu un Contra-sine (ce echivalează cu Supra-Eul Inconştient)” (H. Ey 1998: 385).

Cele două regiuni principale ale organismului psihic: *Conştientul* şi *Inconştientul* se găsesc în raporturi speciale, dialectice, fiind complementare în dinamica lor (H. Ey 1998: 384). Între acestea două, **limbajul** ”consubstanţial conştiinţei, apare ca fiind

însăşi operația care instituie inconştientul, disimulându-l în discontinuitatea discursului său" (H. Ey 1998: 319).

ONTOGENEZA PSIHICĂ (PSIHOGENEZA)

În ceea ce priveşte ***ontogeneza corpului psihic***, Henri Ey arată că: „Organismul psihic este constituit pe un model care, reproducând pe cel al organismului viu, diferă totuşi de acesta prin faptul că, embrionul din care el se dezvoltă, subzistă în structura sa, aşa cum temporalitatea ființei noastre psihice cere ca trecutul acesteia să se înfăşoare în desfăşurarea devenirii sale. Această temă este reluată cu vigoare de P. Ricoeur atunci când, trecând de Freud, ajunge la Hegel, subliniind că, cerințele vieții şi dorințele sunt de nedepăşit, că ele rămân astfel mereu, dar că sunt, spunem noi, „integrate" în procesul construcției Omului după modelul „kantian", Omul, neajungând la libertate decât conformându-se Legii, autonomiei Rațiunii sale. Dar biologia, în special neuro-biologia, ne demonstrează că organizarea nervoasă are sensul unei memorii a trecutului in permanență implicate în cerințele acțiunii. Trebuie să reflectăm cu grijă asupra sensului acestei integrări, noțiune-cheie a oricărei probleme; căci a spune despre o ființă că este organizată nu înseamnă nimic altceva decât că ea este integrată. Noțiunea de integrare implică sensul de construcție sau de depăşire a inferiorului, menținut în stare de subordonare. Această noțiune de *highest level*, a activității nervoase superioare, fundamentală în neurofiziologie, reprezintă insăşi ideea unei ordini ce îşi impune legea de organizare instanțelor inferioare pe care le controlează. Pozitivitatea acestei integrări (sau valoarea, sau eficacitatea sa) se reduce întotdeauna şi în mod necesar, la o funcție de alegere, de diferențiere sau de control, adică la obligativitatea de supunere la o ordine. Se poate spune că, funcția de integrare este esențial inhibitorie, cum se susține în neurofiziologia de după H. Jackson şi Sherrington sau, după cum vom arăta noi, ca ea este o *funcție de negativitate*" (H. Ey 1998: 361-362). Propriu-zis, teza pe care o susține Henri Ey este următoarea: „Structurile ființei noastre conştiente reprezintă această putere de „legislație", de „control", de „ordine", de „direcție", care găseşte în *noțiunea de integrare* (negarea „negentropiei" dezordinii) forma sa tradițională din neuro-biologie" (H. Ey 1998: 363).

STADII ÎN DEVENIREA VIEȚII PSIHICE

O astfel de ***psihologie genetică,*** aşa cum este ea concepută de Henri Ey, trebuie să ia în considerare toate vârstele semnificative ale vieții psihice umane. Aşa cum o subliniază şi textele sale, trei sunt etapele cele mai importante în *devenirea psihismului*:
I. perioada creşterii (ontogeneza psihică)
II. perioada adultă
III. perioada senescenței (H. Ey et al. 1967: 879)

Perioada creşterii – este descrisă mai detaliat, în *Manuel de Psychiatrie* (1967). Este vorba de subcapitolul: „Dezvoltarea psihologică de la copilărie la vârsta adultă” (H. Ey et al. 1967: 18-29). Rezumată într-o singură frază, **„dezvoltarea psihică”** reprezintă „metamorfoza nou-născutului, supus principiului plăcerii, într-un adult supus principiului realității şi rațiunii” (H. Ey et al. 1967: 29).

Perioadei adulte nu îi este dedicat nici un paragraf anume în subcapitolul de dezvoltare psihică. Iată cum justifică H. Ey et.al. (1967:28) acest lucru:
„Nu mai este posibil să trasăm dezvoltarea tipică a vieții psihice când aceasta a atins vârsta adultă, căci atunci individul creează el însuşi istoria sa, în măsura în care a ieşit din copilărie şi când, încetând să mai asculte de tipicitatea legilor specifice ale dezvoltării, el se angajează în destinul său personal” (H. Ey et al., 1967:28).

Perioada senescenței este descrisă în *Manuel de Psychiatrie* (1967) în subcapitolele „La sénescence ou vieillissment” I – *Psychologie du vieillard* (p. 880) din capitolul XI *„Les troubles mentaux de la senilité”* (pp. 879-939).

Senescența este împărțită (oarecum arbitrar, după cum mărturisesc înşişi autorii) în două perioade***: presenescența*** (între 45-65 ani) şi ***bătrânețea propriu-zisă*** (peste 65 ani) (H. Ey et al. 1967: 880). Se face o distincție între **senescență** şi **senilitate,** deşi distincția între bătrânul „normal” şi bătrânul „bolnav” a fost considerată de unii autori ca fiind artificială (Bourlière, 1958 citat în H. Ey et. al 1967: 879).

DIMENSIUNILE CORPULUI PSIHIC

Teoria psiho-dinamică propusă de către Henri Ey, presupune, aşa cum am văzut, existența unui *corp psihic* organizat ierahic, ce poate fi analizat pornind de la două dimensiuni sau axe principale: axa sincron / diacron şi axa conştient / inconştient:

1. AXA SINCRON / DIACRON
- sincron: conştiința
- diacron: personalitatea

2. AXA CONŞTIENT / INCONŞTIENT
- conştiința a ceva / a fi inconştient
- conştiința că eşti cineva / inconştiența de sine

În prezentarea noastră a concepției despre *corpul psihic*, vom încerca să surprindem caracteristicile structurilor psihice pe cele două axe, precum şi relațiile complexe dintre acestea (e. g. relațiile dintre conştiință şi personalitate, relațiile dintre conştiință şi inconştient, sau cele dintre personalitate şi inconştient etc.).

NIVELURI ALE VIEȚII PSIHICE UMANE

Vom începe prin a arăta că teoria psihologică a lui Henri Ey admite mai multe *niveluri ale vieții psihice umane*, pe care le prezentăm schematic astfel:
- Nivelul psihic inferior, automat;
- Nivelul psihic superior, uman (H. Ey 1972).

La rândul său, ***nivelul psihic superior*** (viața psihică umană) are cele două coordonate de care aminteam la început:

1. sincron (câmpul conştiinței) / diacron (traiectoria personalității);
2. conştient / inconştient (H. Ey *Études psychiatriques*, vol. I, 1952: 274-277).

TEORIA DESPRE CONŞTIINȚĂ

Vom numi partea din ***concepția psihologică a lui Henri Ey***, dedicată conştiinței, **teoria despre conştiință**. Care sunt întrebările cele mai importante, legate de aspectele ontologice, psihologice sau fenomenologice ale conştiinței umane, la care caută răspunsuri marele psihiatru francez, în cadrul acestei *teorii psiho-dinamice a conştiinței*? Vom formula aceste întrebări astfel:

Care este ***definiția conceptului de conştiință***, care este ***poziția conştiinței în cadrul psihicului***, precum şi ***structura*** acesteia (cu infrastructurile şi suprastructurile ei) şi ***dinamica*** sa: geneza (devenirea conştientă), finalitatea conştiinței. Care este ***structura psihicului***: sincron (câmpul conştiinței) şi diacron (traiectoria personalității)? Care sunt *modalitățile* ființei conştiente: ***conştiința a ceva; conştiința de sine*** (că eşti cineva)? Care sunt diferențele între ***ființa conştientă*** şi ***devenirea conştientă***? Care sunt raporturile ***conştiinței*** cu ***creierul***? Care sunt raporturile ***conştiinței*** cu ***Eul***? Care este relația între ***neuro-biologia conştiinței*** şi ***fenomenologia conştiinței***? Care este relația între ***conştiință*** şi ***inconştient***? Toate acestea sunt întrebări la care Henri Ey încearcă să ofere un răspuns pe parcursul operei sale.

PRECIZĂRI TERMINOLOGICE

Termenul *conştiință* este analizat, comparativ, în mai multe limbi europene, în cadrul studiului nr. 27 din cel de al treilea volum al *Études psychiatriques*, astfel : „În franceză, cuvântul „*conscience*" desemnează cunoaşterea intuitivă sau reflectată de sine sau a lumii prin intermediul sinelui (sens psihologic), însă el desemnează de asemenea, conştiința morală sau normativă (sens etic). În spaniolă (*consciencia*) şi în italiană (*coscienza*) este la fel. În engleză, sensul psihologic al conştiinței este redat prin „*consciousness*" iar cel de conştiință morală prin „*conscience*". În germană conştiința morală este desemnată prin termenul „*Gewissen*" şi cel de conştiință psihologică prin „*Bewusstsein*". Termeni precum „*Bewusstheit*", „*Erlebnis*", „*Besinnung*", „*Bewusstseinlage*", „*Besonnenheit*", etc. permit să se sesizeze o serie de nuanțe de sens care exprimă diversele grade şi aspecte dinamice ale structurii conştiinței" (H. Ey 1954 : 656).

SENSURI PRINCIPALE ALE TERMENULUI CONŞTIINȚĂ: i) PSIHOLOGIC ii) MORAL

Descoperim în această analiză terminologică, două sensuri principale ale termenului conştiință: *psihologic* şi *moral*, asupra cărora Henri Ey va reveni şi în

alte lucrări ale sale, în special în *Conştiinţa* (de ex. pp. 42, 51, 55-57 etc.). În ceea ce priveşte *conceptul psihologic* de conştiinţă, el are cel puţin două conotaţii, una este cea de *conştiinţă spontană, senzorială*, iar cea de a doua, de *conştiinţă reflexivă*.

Conceptul moral de conştiinţă are şi el relevanţă psihopatologică, aşa cum o va arăta Henri Ey în studiul dedicat *perversităţii normale* şi *patologice* (*Étude nr.* 13; *Conştiinţa* 1983: 42, 401). În *Étude nr.* 13 aflăm că *nivelul conştiinţei morale* reprezintă cea de a treia etapă şi ultima a *dezvoltării persoanei morale*, (după *nivelul amoral* şi cel *premoral*). *Funcţiile conştiinţei morale* sunt de *exercitarea judecăţii morale, de alegere şi de inhibiţie* (op. cit. p. 237). Procesul de inhibiţie şi alegere exercitat de conştiinţa morală, este numit de Henri Ey, **voinţă**. *Voinţa* operează inhibiţiile şi alegerile persoanei, în funcţie de o integrare a *factorilor sociali şi culturali* (motivaţia socială) şi în funcţie de *personalitate* (motivaţia psihologică)[66]. Alegerile conştiinţei morale pot fi de două feluri:

1. *alegeri morale* – supuse unui principiu de valoare „ideală”
2. *alegeri imorale* – supuse principiului plăcerii şi sistemului de valori hedonice (op. cit. p. 238).

Din punct de vedere al teoriei conştiinţei propuse de către Henri Ey, se impun mai multe diferenţieri:

•*conştiinţă morală normală / conştiinţă morală patologică* (perversitate patologică)

•*conştiinţă morală normală bună / conştiinţă morală normală rea* („*mauvaise conscience”, „morale à rebours*” – p. 239).

Este cert, însă, că Henri Ey are în vedere în special *sensul psihologic, senzitiv al conştiinţei*, deşi nu ignoră, aşa cum am văzut, problematica legată de *conştiinţa morală,* sau *conştiinţa reflexivă*. Iată ce spune autorul în volumul *Études psychiatriques III* p.676 nota 1:”Poziţia noastră în această privinţă decurge evident din faptul că luăm în considerare în mod esenţial conştiinţa ca o conştiinţă spontană şi nu ca o conştiinţă reflexivă (cf. dicţionarul Lalande). După Sf. Thoma ea e mai aproape de *anima sensitiva* decât de *anima intelectiva*”.

FILOGENEZA CONŞTIINŢEI: DE LA ZOOCONŞTIINŢĂ LA CONŞTIINŢA OMULUI

În subcapitolul „*De la bioconştiinţă la conştiinţa omului*” din volumul *Conştiinţa* (1998, pp. 24-27), Henri Ey abordează filogeneza conştiinţei, comparând fiinţa umană cu celelalte fiinţe vii. Vom urmări linia gândirii autorului şi argumentele sale, încercând să surprindem o serie de caracteristici ale conştiinţei în viziunea sa.
În primul rând, se disting net, **fiinţele neanimate** de fiinţele animate. Fiinţele neanimate nu posedă conştiinţă: „Conştiinţa apare, în consecinţă, ca fiind în primul rând un fenomen vital (conştiinţa este coexistentă vieţii, spunea Bergson)” (H. Ey 1998: 24). Nici automatele (maşinile cu auto-control) nu au conştiinţă (H. Ey 1998: 25). Prin urmare, lucrurile, fie ele *naturale* fie *culturale* (artefacte) nu sunt dotate cu conştiinţă din punctul de vedere al lui Henri Ey.

---

[66] Cf. H. Ey *Étude nr*. 13, pp. 237-8.

Dintre ființele vii, **plantele**, deoarece nu au *viață de relație*[67], par să fie lipsite de conştiință. Unii consideră că plantele ar avea constiință, întrucât le atribuie un fel de sensibilitate. Despre această sensibilitate, Henri Ey spune că ”rămâne totuşi enigmatică pentru noi întrucât nu poate fi comunicată, asupra ei putând doar să inferăm” (ibidem).

Animalele, spune Ey, „sunt dotate într-o mai mare măsură cu sensibilitate, mişcările lor exprimând-o şi fiindu-ne în acest fel comunicată” (ibidem). În ceea ce priveşte animalele (este vorba aici de *animalele inferioare)* Henri Ey precizează că, în măsura în care „chiar la speciile inferioare, apare posibilitatea de autodeterminare, de alegere, de adaptare sau cum se spune în etologia obiectivă, de motivație, conştiința nu poate să le fie refuzată, decât dacă comportamentul lor este socotit – ceea ce el nu este - „maşinal”. Iată pentru ce „conştiința” automatelor[68] sau a maşinilor care se autoconduc apare ca un scandal logic (H. Ey 1998: 25).

Animalele inferioare, în măsura în care nu sunt complet determinate de „instinctele” lor codificate genetic, ci admit o anumită nedeterminare, un anumit grad de aleator, ele sunt dotate cu conştiință. Henri Ey spune în acest sens: „Oricare ar fi modelul zooconştiinței sau al conştiinței neurobiologice a speciilor inferioare, se cere deci, cel puțin sensibilitate, memorie şi o organizare care să facă să apară o anumită nedeterminare, o anumită neființă în existența lor. Căci dacă insecta nu se supune matematic „instinctului” său, ori „preştiinței” sale, atunci comportamentul ei trebuie socotit că rămâne suspendat în contingența percepțiilor, a memoriei şi a dispozițiilor individuale de moment, pe care noi o vom considera „conştientă”. În această privință etologia modernă „obiectivă” dotează „natural” mai multe dintre specii cu această structură mobilă care este conştiința la un prim nivel al său de indeterminare, adică la un prim nivel al individualizării sale, al primului „imprinting” (H. Ey 1998: 26).

În nota de subsol nr. 7 de la pagina 25, Henri Ey menționează cele două teze opuse privind relația dintre zooconştiință şi conştiința omului:

I) teza continuității;

II) teza discontinuității.

În ceea ce îl priveşte, el se arată adeptul tezei continuității, considerând că: ”organizarea psihoidală animală este asemănătoare, dacă nu identică cu conştiința” (H. Ey 1983: 26). În studiul consacrat *organizării psihoidale* a animalelor (*Psychiatrie animale,* 1964, pp. 12-40) Henri Ey consideră că: ”plasticitatea

---

[67] Iată că “a fi în relație”, “a avea viață de relație”, “a comunica”, sunt atribute caracteristice conştiinței (sau mai degrabă ființei conştiente). În schimb, ***boala psihică***, duce la o “ruptură a comunicării cu ceilalți”, la “afectarea vieții de relație”, iar **Psihiatria** este definită ca ştiința care studiază patologia vieții de relație. De aceea, în examinarea pacientului, trebuie evaluat contactul în “relația medic-pacient”, ceea ce are un rol important în ***diagnosticul structural***. Pentru aprofundarea noțiunii de “**contact**”, a se vedea tratatul de psihopatologie al lui E. Minkowski (1966).

[68] Maşina funcționează într-un regim strict determinist, fie mecanic, fie cibernetic, de aceea nu i se poate atribui conştiință. În măsura în care s-a putut vorbi despre “omul-maşină” sau “omul- robot”, acestuia nu i se putea atribui, de asemenea, conştiință. Ey respinge şi aşa-numitul “model al nebunului-robot”. Ştim că pentru Ey omul este dotat cu **libertate**, el smulgându-se determinismelor de orice fel (mecanic, biologic sau genetic, ori socio-cultural).

comportamentului exprimă ”inteligența” animalelor după modelul unei ființe conştiente” (cf. nota 7, pp. 25-26 din vol. *Conştiința*).

În ceea ce priveşte *animalele superioare*, acestea sunt dotate cu conştiință. Iată ce ne spune Henri Ey:

„Animalelor superioare, a căror viață de relație este organizată, ca şi a noastră, de un sistem nervos central, le vom atribui „conştiință”, le vom face „co-conştiente” conştiinței noastre în măsura în care ele se dovedesc singure ca fiind asemănătoare nouă, între ele şi noi instituindu-se *comunicații* care, făcându-ne să ne înțelegem, ne adună şi ne fac să ne asemănăm. Pe măsura acestei „identificări”, vorbind despre ele ca şi cum am putea să le vorbim direct (Buytendijk), le vom atribui o conştiință analogă cu a noastră. Într-adevăr, în „învățare”, în elaborarea schemelor lor perceptive sau mnezice, în „reflexele lor condiționate”, în emoțiile, sentimentele şi motivațiile lor putem proiecta propriile noastre stări de conştiință, adică rudimentele afective şi cognitive ale vieții psihice. Pe scurt, animalelor superioare nu le lipseşte decât cuvântul !” (H. Ey 1998: 27).

CONŞTIINȚA COMUNĂ, „SPECIFICĂ” ŞI CONŞTIINȚA INDIVIDUALĂ, „PERSONALĂ”

O consecință a adoptării unei concepții ierarhice stratificate despre corpul psihic şi în plus a adoptării tezei continuității între zooconştiință şi conştiința omului, apar, în psiho-dinamismul lui Henri Ey, două niveluri[69] principale ale conştiinței : *nivelul specific, al conştiinței comune* şi *nivelul individual, al conştiinței personale* (H. Ey 1983: 115). Această distincție a nivelurilor filogenetice existente în structura ontologică normală a conştiinței fiecărui individ, va avea consecințe importante în înțelegerea disoluțiilor conştiinței. În contextul *patologiei conştiinței* are loc o „cădere” a structurii conştiinței „de la nivelul experiențelor personale şi intersubiective la nivelul experiențelor „arhetipice”, comune” (H. Ey 1983: 115).

În acest caz: „pierderea propriei libertăți, a autonomiei personale, a direcției, obligă conştiința să „cadă” la nivelul unei conştiințe „comune” sau „specifice”. Trăsăturile *specifice* ale degradării conştiinței constituie o modalitate de „cădere” a structurii acesteia de la nivelul experiențelor personale şi intersubiective la nivelul experiențelor „arhetipice” comune. Or, căzând în acest spațiu al poeziei şi mitologiei, în această lume de imagini[70], conştiința atinge inversul realității; ea cade într-un inconştient pe care filosofii mistici şi romantici îl consideră nucleul, sursa cunoaşterii supranaturale, sau, în orice caz, într-un irațional pe care conştiința îl produce atunci când ea se rupe de realitate, pierzându-şi statutul său rațional” (H. Ey 1983: 115).

---

[69] Spre deosebire de *structura personalității*, unde vom vedea că apar trei straturi principale : *nivelul specific, nivelul biotipologic* şi *nivelul individual al personalității*.

[70] Apare formulată aici problematica ipoteză a unui Inconştient colectiv, ca un al doilea nivel alături de Inconştientul personal.

LIMBAJUL ŞI ROLUL SĂU CENTRAL ÎN ONTOLOGIA FIINŢEI CONŞTIENTE DE SINE

În ceea ce îl priveşte pe om, o importanţă aparte în structurarea conştiinţei sale, o are *apariţia limbajului*: „Limbajul este în acelaşi timp condiţia şi manifestarea specifică a realităţii conştiinţei noastre, acest lucru fiind adevărat atât pentru funcţia sa de expresie cât şi pentru cea de tăinuire" (H. Ey 1998: 27).

Conştiinţa nu se exprimă în limbaj complet şi univoc, există o indeterminare a expresiei. Există o zonă de umbră, de mister, de necunoscut în orice tentativă a conştiinţei de a se cunoaşte complet pe sine prin intermediul limbajului. Henri Ey face aici referire la două aspecte:

- lipsa transparenţei sinelui la sine (vezi în acest sens şi H. Ey 1998: 315);
- conştiinţa şi cunoaşterea de sine sunt mediate prin limbaj, teză pe care o argumentează P. Ricoeur, în favoarea hermeneuticii şi în critica pe care o face idealismului cartezian şi husserlian[71]. Prin limbaj, spune Henri Ey în continuare „omul cunoaşte un alt om şi se cunoaşte pe el însuşi prin altul" (H. Ey 1998: 27). Se pune întâi problema intersubiectivităţii, problema altor minţi şi problema caracterului indirect al accesului nostru la alte minţi. Prin limbaj conştiinţa se obiectivează, devine observabilă, însă aşa cum am văzut mai sus, nu în mod complet. Vine acum ideea (care după mărturisirea lui Ey este de origine hegeliană, şi a fost apoi preluată de psihanaliză) că „omul se cunoaşte pe el însuşi prin altul" prin limbaj (chiar dacă şi o astfel de cunoaştere"comportă totuşi o necunoscută, un mister, care este ca o umbră purtată de conştiinţă asupra ei însăşi"[72], (cf. H. Ey 1998: 27).

„ALTUL EXTERIOR" SUBIECTULUI ŞI „ALTUL INTERIOR"

La pag. 27 din *Conştiinţa* (1998) Henri Ey scrie că: „Cu alte cuvinte, prin limbaj se instituie posibilitatea pentru conştiinţă de a se deschide într-o relaţie cu altul, dar şi de a se deschide în ea însăşi".

La pag. 36 găsim: „Considerat ca sistem de comunicare, limbajul nu poate fi cunoscut decât prin trăsăturile discontinue ale structurii sale. Ca discurs însă al Subiectului, structura sa este esenţial şi constant bilaterală (emisie-recepţie, semn natural-cod, limbă-cuvânt, semnificat-semnificant), vehiculând relaţiile între doi subiecţi sau raportul subiectului cu el însuşi în cele mai diferite feluri de exprimare, de gândire, prin utilizarea acelui moment instituţional care este limba" (H. Ey 1998: 386). „Limbajul constituie mediul specific în care se articulează Ics şi Cs, în care se construieşte viaţa noastră psihică" (H. Ey 1998: 387). „A fi inconştient înseamnă a nu-ţi sesiza sinele sau a te sesiza pe tine însuţi ca pe un altul. Cu alte cuvinte, inconştienţa presupune întotdeauna un „anumit grad" de conştiinţă. Nici o teorie a Inconştientului nu poate separa net latenţa acestuia de manifestarea sa, dat fiind că apariţia fenomenelor inconştiente nu poate avea niciodată loc în afara unei oarecari conştiinţe care, prin limbaj, exprimă activitatea subiectului. De aici trebuie să

[71] A se vedea P. Ricoeur 1995 *Eseuri de hermeneutică*.
[72] A se vedea aici şi H. Ey *Conştiinţa* 1998: 403-404; 36; 398 (diferenţa între *conştientizare* şi *catharsis*).

deducem că Inconştientul este întotdeauna şi în mod necesar un limbaj al altuia, un limbaj prin care este spus altceva în discursul subiectului". „A deveni inconştient înseamnă a lăsa să se manifeste inconştientul în şi prin limbaj" (H. Ey 1998: 389; vezi şi 318, 320). Inconştientul este structurat ca un limbaj…deci se poate comunica cu el" (H. Ey 1998: 349). Sau, la p. 323 aflăm că…atunci când Eul se descompune, inconştientul apare subiectului ca un Altul în şi prin alienarea sa.…întâlnim un Ics ca un limbaj, în care au loc raporturile Eului cu celălalt, raporturi care se inversează când Eul se alienează. Limbajul inconştientului se manifestă prin discontinuităţile limbajului Subiectului în „viaţa cotidiană": lapsusuri, jocuri de cuvinte etc. (p. 318) sau în viaţa patologică (pp. 322, 389).

LIMITELE LIMBAJULUI ÎNTRE VORBĂRIE ŞI POEZIE

Subliniind ambiguitatea fundamentală a limbajului, Henri Ey arată că, noi: „spunem că limbajul este întotdeauna un „joc" de cuvinte. La cele două extremităţi ale acestui joc se găsesc *vorbăria* (ca manieră „comună" de a vorbi fără a spune ceva) şi *poezia* (manieră de a nu vorbi ca toţi ceilalţi); dar între aceste două moduri de a vorbi, între cuvântul steril şi creaţia poetică, limbajul împlineşte *experienţa ambiguităţii* sale şi pune în serviciul conştiinţei o putere infinită de a spune fără a spune, adică de „a ne juca" simbolic cu lucrurile" (H. Ey 1998 : 319).

După ce arată că „prin limbaj se instituie posibilitatea conştiinţei de a se deschide într-o relaţie cu altul dar şi de a se deschide în ea însăşi", Ey ţine să precizeze totuşi că: „Însă, dacă „fiinţa noastră vorbitoare" este în acest sens forma cea mai autentică a conştiinţei, realitatea ca atare a conştiinţei noastre apare, prin dialectica indeterminării expresiei, dincoace şi anterioară formulării verbale" (H. Ey 1998: 27).

Ca o concluzie la această analiză a datelor filogenetice, Ey propune una din definiţiile sale date conştiinţei: „…definim conştiinţa ca o organizare a subiectului care nu corespunde unui model subiectiv, ci ca fiind realitatea (pe care *Cogito*-ul nostru nu o pune la îndoială) constituţiei sale în „mediul obiectelor" sale, al obiectelor ce compun lumea sa internă şi externă" (H. Ey 1998: 27).

După stabilirea acestei *definiţii,* autorul consideră necesară surprinderea specificităţii acestei organizări care este conştiinţa, „pentru a nu risca să o înţelegem prea larg, adică şi ca „viaţă" a tuturor fiinţelor vii şi ca 'întreaga viaţă psihică' a unui individ" (H. Ey 1998: 27).

Trebuie stabilit „ceea ce este esenţial în structura fiinţei noastre conştiente" şi „ce anume deosebeşte structurile conştiente de cele inconştiente" (H. Ey 1998: 27).

DELIMITAREA CONCEPTULUI DE CONŞTIINŢĂ

În *Étude No. 27*, pp. 673- Henri Ey îşi propune să delimiteze extensiunea conceptului de conştiinţă într-o *manieră negativă*, precizând ceea ce nu intră în *comprehensiunea* acestui concept. Prin urmare, avem următoarele propoziţii:

1. conştiinţa nu este totalitatea vieţii psihice;
2. conştiinţa nu este o „funcţie" simplă;

3. conştiinţa nu este activitatea psihică superioară;
4. conştiinţa nu este automatismul.

În volumul *Conştiinţa,* vom regăsi o *analiză a conceptului de fiinţă conştientă*[73] (conştiinţa). Aici ni se atrage atenţia asupra faptului că trebuie să facem distincţia între:

- conştiinţa omului şi conştiinţa celorlalte fiinţe conştiente (adică animalele inferioare şi superioare). Aceasta se face prin comparaţia între om şi lucrurile / obiectele animate şi neanimate (lucruri nevii, vegetale şi animale), aşa cum am văzut mai sus;
- conştiinţă şi psihism. Nu toată viaţa psihică a individului este conştientă, ci doar o parte a ei. În organizarea fiinţei psihice intră şi *inconştientul*[74].
- conştiinţa şi gândirea discursivă[75]: „Printr-un efect natural al însuşi obiectului de reflecţie, care se surprinde el însuşi a fi conştient de propria sa reflecţie, există tendinţa de a „dezvolta" conştiinţa până la a o face să coincidă cu mişcarea *gândirii discursive*. Fără îndoială, nici o problemă nu poate fi rezolvată, mai ales când este dificilă, dacă nu este angajată în efortul unei conştiinţe care derulează, în câmpul acţiunii sale şi cu schemele sale, peripeţiile căutării adevărului. Însă conştiinţa, ca organizare a trăirii actuale, ce sesizează această trăire în *prezentarea* sa care prescrie *ordinea subiectivului şi obiectivului a reprezentării sale* şi o temporalizează în *prezent*, nu este totdeauna şi în mod necesar, această formă maximă a gândirii reflexive" (H. Ey 1952: 717).

Aceasta analiză a conceptului de conştiinţă, relevă cinci *atribute* caracteristice ale acesteia:

1. afectivitatea;
2. experienţa realului;
3. reflexia;
4. personalitatea;
5. voinţa.

DEFINIŢIA CONCEPTULUI DE CONŞTIINŢĂ[76]

În urma acestor delimitări, este propusă, în mai multe variante, o definiţie a conştiinţei: „conştiinţa este câmpul prezentului reprezentat" (*Études psychiatriques*, vol. III, p. 677) sau, „conştiinţa este forma vieţii psihice care organizează experienţa trăită actual în câmp al prezentului reprezentat; de asemenea conştiinţa este forţa care impune, în câmpul fenomenal, ordinea în locul dezordinii (*Études psychiatriques vol. III*, p. 680).

---

[73] Este vorba, nu de o *analiză ontologică*, a părţilor conştiinţei ci de o *analiză conceptuală*, care se deosebeşte de o *analiză fenomenologică* a conştiinţei, fiind dată într-o *atitudine naturală, naivă* (cf. H. Ey *Conştiinţa* 1998 : 24).

[74] Cf. *Étude No. 2*, p. 46, unde Ey îl citează pe Hegel, care spunea că inconştientul este 'corporeitatea spiritului'. Inconştientul face legătura dintre psihic şi corpul fizic. În *Conştiinţa*, Ey arată că Ics are rădăcini biologice, conţinând pulsiuni şi instincte.

[75] A se vedea *Étude No. 27*, p. 717.

[76] A se vedea lucrările *Études psychiatriques vol. I*, p. 263; *Études psychiatriques vol. III* p. 680.

DISTINCȚII CONCEPTUALE

Henri Ey recomandă să se facă diferența, de asemenea, între mai multe concepte, care sunt înrudite cu conceptul de conştiință, pe care îl propune teoria sa psihologică. Este vorba de următoarele: i) veghe - vigilență; ii) conştiință – vigilență (H. Ey 1998: 79; *Études psychiatriques vol. III*, p. 709, 714); iii) conştiință şi reverie (H. Ey 1973: 1187).

Henri Ey va spune:”tocmai am pus în evidență faptul că **variațiile conştiinței vigile** sau depline (*variațiile normale, fiziologice* – n. n. V.T.) fac parte integrantă din activitatea conştiinței, că ele reprezintă însăşi această activitate (H. Ey *Études pychiatriques vol. III* p.708).

Dar la un adult normal mai există încă **o altă variație a conştiinței** care reprezintă o metamorfoză bruscă ce transformă o ***conştiință ce veghează*** într-o ***conştiință ce doarme*** (şi invers). Această variație a conştiinței, spune Henri Ey, a atras atenția a numeroşi cercetători, conducându-i pe cei mai mulți dintre ei la definirea conştiinței prin **”vigilență”.**

Ey precizează: ” Definind **conştiința** ca fiind ***contrariul*** **somnului** înțelegem corect conştiința în ceea ce ea este, însă o definim doar negativ şi ca pe unul din termenii unui cuplu (vigilență-somn) despre care fără îndoială spunem că admit între ei toate gradele, dar care se definesc doar unul în raport cu forma extremă a celuilalt. Astfel încât, conştiința apare ca o proprietate sau ca o funcție simplă, cea care conferă vieții psihice caracterul ”vigil” şi ”clar”, care se instalează deodată în momentul când ne trezim sau care dispare seara când adormim. Nu e cazul, desigur, să spunem că activitatea structurii conştiinței nu are acest caracter, dar este, de asemenea, evident că, ea nu se rezumă la un fenomen atât de simplu. (Să ne amintim într-adevăr că un copil doarme şi veghează fără ca să aibă o conştiință pe deplin formată). Iluzia care se află la baza acestei reducții provine din faptul că la adult unde fenomenul este cel mai pregnant, opoziția dintre veghe şi somn este cu atât mai tranşantă cu cât conştiința este mai diferențiată. Totul se petrece într-adevăr ca şi cum activitatea conştiinței n-ar putea fi zguduită în structura sa decât în virtutea legii totul sau nimic. Un adult normal face în inconştiența somnului o cădere verticală. Consecința acestei iluzii este că se consideră celălat termen al cuplului, adică ***somnul***, ca o stare de inconştiență totală, astfel încât ceea ce este trăit ca vis în somn, pare să nu aibă nici o importanță, mai mult, nici o ”realitate”(H. Ey *Études psychiatriques* vol. III, p.709).

De la primul examen a acestei probleme constatăm că miza sa este considerabilă, deoarece soluția în general adoptată conduce, conform legii tot sau nimic, la expulzarea din conştiința vigilă a oricărei inconştiențe (în plus față de gradele contingente ale clarității sale) şi din inconştiența hipnică a oricărei conştiințe (în plus față de gradele intermediare ale profunzimii sale).

În continuare, Henri Ey va spune că: „pentru a ieşi din acest impas, este necesar şi suficient să considerăm **activitatea conştiinței** pentru ceea ce este ea: **nu ca pe o funcție pură şi simplă, ci ca pe o structură ierarhizată** care, dacă se poate prăbuşi, poate de asemenea să se destructureze, dând naştere la niveluri intermediare de destructurare, care încă reprezintă nişte structurări ale actului esențial al

conştiinţei care este cel de a organiza experienţa trăirii. **Relaţiile dintre conştiinţă şi inconştient** se prezintă deci, în această perspectivă, în adevărata lor lumină, nu ca două forme de existenţă care se exclud una pe alta, ci ca două forţe antagoniste ce se echilibrează în fiecare moment” (H. Ey *Études psychiatriques* vol. III, p. 710).

CLARITATEA, LUCIDITATEA CONŞTIINŢEI

În volumul *Conştiinţa* (H. Ey 1983: 139) găsim, cu privire la *claritatea* sau *luciditatea* conştiinţei, următorul text, redactat într-o formă mai degrabă filosofică, poetică, prin urmare, mai puţin tehnică:

„*Luciditatea* sau *claritatea* conştiinţei reprezintă capacitatea de diferenţiere în câmp a părţilor sale, pe care le dezvoltă în luminozitatea acestuia, inserând între părţi umbre de spaţiu şi intervale de timp. Bergson spunea că experienţa se înfăşoară pe măsură ce îşi desfăşoară timpul, iar noi am putea considera că experienţa îşi creează spaţiul reprezentării deschizându-se în timp. Câmpul conştiinţei nu ajunge la maximul organizării sale verticale decât atunci când se distanţează de materie (instantaneitatea spiritului, spunea Leibniz), pentru a se constitui într-o structură care dispune de destul timp pentru a acede la libertate” (H. Ey 1983 : 139).

Referiri la *claritatea şi luciditatea conştiinţei*, se fac şi în alte părţi din volumul *Conştiinţa*. Iată, de exemplu, ce se spune în această privinţă, în subcapitolul dedicat *suprastructurilor câmpului operaţional al conştiinţei*: „Ceea ce numim *grade de atenţie* sau *vigilenţă* sunt aşadar formele cele mai evoluate ale capacităţii conştiinţei noastre de a analiza în „idei clare şi distincte” conţinuturile sale. Aceasta înseamnă a spune că atenţia nu este o funcţie simplă, care doar ar limpezi sau ar trezi conştiinţa pentru a o aduce la cel mai înalt grad de *claritate*, ci că ea este mai curând rezultanta unei alcătuiri funcţionale (sau a unei „structuri dinamice”) care ne conduce la *luciditate*, adică la o putere de diferenţiere optimă, orientând infrastructurile din care „funcţia” respectivă emerge” (H. Ey 1983: 51).

În *Manuel de Psychiatrie* (1967) aflăm că putem spune despre o persoană că este „lucidă” în cazul în care la ea, vigilenţa şi somnul sunt bine puse în contrast (H. Ey et al. 1967: 630) ceea ce înseamnă, că *mişcarea de verticalitate* prin care conştiinţa depăşeşte palierele sale constitutive, are loc brusc, fără a putea fi evidenţiate etapele intermediare între somn şi veghe. Prin însăşi constituţia sa, conştiinţa ajunge imediat, la o organizare într-un câmp de prezenţă (H. Ey 1998: 139).

MODALITĂŢI STRUCTURALE ALE MIŞCĂRII CONŞTIINŢEI

În mod fundamental, teoria psiho-dinamică a lui Henri Ey, descrie două categorii de mişcare, specifice conştiinţei: *mişcarea verticală a conştiinţei* (trecerea de la veghe la somn şi invers) şi *mişcările facultative ale conştiinţei* (facultativitatea). Acestea, considerate împreună, reprezintă, alături de *legalitatea conştiinţei*, două dintre caracterele fundamentale ale „modului de a dura ce conferă experienţei organizarea sa autohtonă şi îi îngăduie să se dezvolte într-o mişcare discursivă” (H. Ey 1983: 150).

Iată cum sunt descrise aceste **mişcări ale conştiinţei** în volumul *Conştiinţa* (H. Ey 1983: 146): „Una dintre aceste modalităţi este *progresul vertical al constituţiei* sale, care face trecerea de la inconştienţă la conştiinţă (şi ale cărei paliere sunt puţin vizibile pentru că trecerea de la somn la veghe este rapidă, ele dezvăluindu-se bine doar prin gradele destructurării sale psihopatologice) – ceea ce noi am numit verticalitatea organizării câmpului conştiinţei instituite pe măsură ce ea se erijează în conştiinţă constituită. Cealaltă modalitate este reprezentată de *mişcările libere ale conştiinţei*, de *facultativitatea* sa, prin care pe „solul" stabilizat al conştiinţei se înscriu toate figurile realităţii şi ale discursului, ale demersurilor operaţionale şi ale prescripţiilor *thetice* ale conştiinţei" (H. Ey 1983: 146).

POZIŢIA CONŞTIINŢEI ÎN PSIHISM

În *Étude No. 27* (p. 717), Henri Ey reia problema locului conştiinţei în cadrul vieţii psihice. Problema asupra căreia se apleacă autorul este „cea a 'imanenţei'sau 'trancendenţei' activităţii conştiinţei[77]. Iată ce spune în acest sens Henri Ey: „Nici pur transcendentală, nici pur imanentă, ea este în mod precis această 'regiune' a fiinţei care, constituindu-i însăşi forma actualităţii trăirii, introduce acolo deja destulă libertate pentru ca fiinţa să nu poată fi automat determinată în alegerea actualizării sale – dar care rămâne încă destul de sudată de fluxul incoercibil al trăirii sale pentru ca să-l poată trăi, simţi şi proba într-o '‘experienţă'’căreia îi rămâne subiect’”’(*Étude No. 27*, p. 717). La pag. 718, Henri Ey continuă, precizând: „Dar pentru noi, este suficient că am situat activitatea conştiinţei în inima însăşi a fiinţei, nici la vârful său, nici la baza sa, ci în centrul vieţii psihice".

DEVENIREA CONŞTIENTĂ, FIINŢA CONŞTIENTĂ; CELE DOUĂ MODALITĂŢI ALE FIINŢEI CONŞTIENTE

DEVENIREA CONŞTIENTĂ

Viziunea dinamică asupra fiinţei conştiente, trimite totdeauna, la Henri Ey, la opoziţia dintre *fiinţă* şi *devenire*. Această temă apare în multe din textele dedicate structurii organismului psihic. În *Conştiinţa* (H. Ey 1983: 394) i se va consacra un subcapitol acestei teme a devenirii conştiente. Iată ce spune Ey :
„Dacă *a deveni inconştient* înseamnă *a-ţi lăsa Ics să vorbească* (admiţând ca el să se manifeste simbolic), „a deveni conştient" înseamnă *a-l face să tacă*. Căci a fi conştient înseamnă a fi inconştient de inconştient, după cum a fi Inconştient înseamnă – într-un anumit fel – a fi sau a deveni conştient de Inconştient. Se marchează în felul acesta relaţiile de reverberaţie (dar nu de reciprocitate totală) care constituie articularea fiinţei noastre conştiente cu Inconştientul „său". A se deschide

[77] A se vedea aici şi raportul dintre ***psihic*** si ***organic***, prezentat tot în termenii imanent şi transcendent, în care Ey propune ideea de **emergenţă,** termen dialectic ce "depăşeşte conceptele de transcendenţă şi imanenţă" (cf. *Étude No. 2,* p. 45, nota 1 de jos) Putem oare vorbi de emergenţă şi în cazul studiului nr. 27, în care se pune problema locului conştiinţei în cadrul psihismului?

către lume, pentru ființa noastră conştientă înseamnă a se supune – după cum am văzut – Legii realității, adică a-şi subordona gândirea şi acțiunea formei generale a discursului în care ele sunt susținute şi implicate de legile şi regulile gramaticii, ale sintaxei şi ale logicii, adică de legile şi regulile societății culturale reale sau ideale, la care fiecare om trebuie să adere ca să poată exista. Această „Ordine” este *structurarea* însăşi a ființei noastre conştiente în cele două modalități fundamentale ale sale, câmpul conştiinței şi traiectoria persoanei fiind în mod necesar structurate nu numai ca limbaj, ci şi prin limbaj” (H. Ey 1983: 394).

FIINȚA CONŞTIENTĂ

În volumul *Conştiința* (1998: 47) Henri Ey defineşte astfel **ființa conştientă** : „Posibilitatea oricărui individ de a-şi încorpora un model al lumii în care sunt dispuse propriile experiențe şi de care el dispune ca persoană”. A fi conştient, spune în continuare autorul *„înseamnă a dispune de un model personal al lumii”*. Şi, mai departe precizează că : „Punând accentul pe faptul de a dispune de acest *model personal*, înțelegem să definim ființa noastră conştientă ca o modalitate de a fi ale cărei structuri se ordonează în raport cu Subiectul pe care ele îl constituie, dar şi care le constituie. Nu luăm în seamă aici nici teza subiectivității psihologice, nici pe cea a structuralismului ‘fără persoană’” (H. Ey 1998: 47).

Faptul că ființa conştientă dispune de un **model al lumii**, arată Henri Ey, trebuie înțeles ca un ***mod de a dispune de timp***, la baza acestui fapt stând una din dimensiunile esențiale ale structurii ființei conştiente şi anume, *memoria* (H. Ey 1998: 47). Memoria reprezintă, în accepțiunea dată de Henri Ey, tocmai „*posibilitatea de a dispune* după dorință de timp, pentru a-l focaliza în actualitatea *prezentului* şi pentru a-l polariza în *proiectul* existenței” (ibidem).

Modalități ale ființei conştiente

Cele două *modalități ale ființei conştiente* sunt, în concepția lui Henri Ey, *conştiința ca actualizare a experienței trăite* şi *conştiința ca sistem al persoanei* (H. Ey *Conştiința* 1998 : 48). Autorul atrage atenția asupra confuziei care există, în diverse teorii psihologice, între cele două niveluri fundamentale ale ființei conştiente :

„Se comite frecvent greşeala de a se confunda aceste două structuri ale ființei noastre conştiente. Dintr-o astfel de confuzie se iese definind conştiința fie prin structura sa de bază, fie (şi aceasta se întâmplă mai frecvent) prin nivelul său cel mai înalt, fie (şi mai des încă) în raport cu eterogenitatea sa, cu scopul de a o nega” (H. Ey 1998 : 48).

Conştiința trăirii şi **conştiința de sine** „trebuie înțelese însă, nu ca părți distincte ale ființei noastre conştiente, ci ca două sisteme articulate ce asigură, prin complementaritatea lor, obiectivarea, pe care subiectul o introduce în propria ființă pentru a o cunoaşte şi a o dirija către scopurile sale” (H. Ey 1998 : 48).

Conştiinţa de sine este diferită de cunoaşterea de sine

Este absolut necesar, în opinia noastră, să reţinem că, două dintre distincţiile importante privind conştiinţa, în psiho-dinamismul lui Henri Ey, sunt următoarele:

- *conştiinţa a ceva / conştiinţa de sine* (H. Ey 1983: 61).
- *conştiinţa de sine / cunoaşterea de sine* (H. Ey 1955: 37030 A[10], p. 7).

Această distincţie kantiană[78], între ***conştiinţa de sine*** şi ***cunoaşterea de sine***, este preluată de către Henri Ey şi încorporată teoriei sale. Ea are o importanţă deosebită în clinica organo-dinamică, în special atunci când este evaluată *conştiinţa bolii la bolnavul psihic* şi când trebuie stabilit care este *cunoaşterea pe care o are despre sine*, bolnavul.

ONTOGENEZA CONŞTIINŢEI[79]

Dacă în volumul *Conştiinţa* este prezentată *filogeneza conştiinţei*, în volumul III, *Étude No. 27*, pp. 703-708, ne este prezentată *ontogeneza conştiinţei* şi apoi *variaţiile de nivel* în exerciţiul normal al activităţii sale. Henri Ey propune o „analiză structurală” a conştiinţei normale şi pline, cu intenţia de a surprinde *variaţiile trăirilor conştiinţei* într-o perspectivă genetică, a formelor structurale progresive care au fost parcurse în evoluţia ontogenentică (*Études psychiatriques vol. III*, p. 704).

Se dezvăluie astfel următoarele niveluri ale stratificării structurale ontogenetice a *conştiinţei*:

1. deschiderea către lumea obiectelor;
2. ordinea reprezentării subiectivului şi obiectivului;
3. organizarea prezentului;
4. *plenitudinea conştiinţei* cu *variaţiile* sale permanente, „variaţii” adaptate la prezentul real (cf. nota 1 de la pag. 708). Este vorba de *variaţiile normale* sau fiziologice ale conştiinţei, pe care Henri Ey le diferenţiază de *variaţiile patologice* ale conştiinţei. Vom reveni asupra acestor distincţii conceptuale.

RAPORTURILE CONŞTIINŢEI CU INCONŞTIENTUL[80]

În organizarea organismului psihic, are loc o subordonare a Inconştientului faţă de conştiinţă (H. Ey 1998: 360).

Teoria psiho-dinamică a conştiinţei de sine implică respingerea doctrinei carteziene a transparenţei sinelui la sine (H. Ey 1998: 315) prin susţinerea ideii că Inconştientul este implicat în structura fiinţei conştiente la toate nivelurile. Ics este

---

[78] Immanuel Kant face această distincţie între *conştiinţa de sine* şi *cunoaşterea de sine* a eului, în *Critica raţiunii pure* (I. Kant, ed. rom. 1998: 152).
[79] A se vedea şi *Études psychiatriques* vol. III, p. 711, *Conştiinţa* 1983 : 118, 293.
[80] A se vedea şi *Études psychiatriques* vol. III p. 710, 713; *Conştiinţa* 1998: 360.

implicat atât în *constituția conștiinței* cât şi în *autoconstrucția Eului* (H. Ey 1998: 315, 325);

RAPORTURILE CONŞTIINȚEI CU CREIERUL

Ne punem aici următoarea întrebare: care este relația dintre **conştiinţă** şi **creier**? Există concepții moniste, dualiste şi pluraliste. În ceea ce îl priveşte, Henri Ey adoptă o concepție pluralistă.[81]

Care este însă ***natura creierului*** dintr-o astfel de perspectivă teoretică? Cu privire la natura creierului, Henri Ey spune următoarele: „Este imposibil de a se considera creierul un mozaic de funcții izolate (iluzie funcționalistă ce provine din observațiile „obiective" făcute după o schemă analitică experimentală) sau o funcționare a unei totalități care exclude părțile (iluzie holistică ce provine din intuiția sensului activității situaționale a creierului). În perspectivă funcționalistă, conştiinţa se reduce la o juxtapunere de funcții pe un număr de subsisteme anatomice: creierul este un polipier de centri senzorio-motori izolați şi localizați care se activează sau se inhibă reciproc. În perspectiva holistică, conştiinţa este produsul unei activități globale superioare: creierul fiind organul de integrare a vieții de relație, el este, şi nu numai el, ci şi corpul întreg (H. Jackson), „concomitentul" conştiinţei. În ambele cazuri conştiinţa este peste tot şi în nici o parte. Fiecare dintre aceste două imagini ale structurii creierului reflectă câte ceva din realitate. Dealtfel, la această dublă imagine ne conduce însăşi neuro-biologia contemporană. Nu mai este posibil să considerăm creierul o structură omogenă, mai mult decât faptul că fiecare din părțile sale constituie un centru localizat şi că segmentele sale anterioare comandă celorlalte" (H. Ey 1983: 216).

În continuare, Henri Ey ține să precizeze poziția sa dinamică şi anti-localizaționistă în neuro-fiziologie, spunând că: „Pentru a înțelege bine *izomorfismul complementar* (cum spune R. Ruyer) al creierului şi al gândirii în constituția conştiinţei va trebui să substituim deci, noțiunii de centre spațiale, noțiunea de „regimuri" funcționale; se va vedea astfel mai bine cum corespund structurile ierarhizate ale câmpului conştiinţei *patterns*-urilor de organizare a creierului trezit sau adormit" (H. Ey 1983: 217).

Prin urmare, creierul este *heterogen* şi *organizat dinamic*, având o serie de *niveluri structurale*. Astfel, spune Henri Ey, „putem socoti că *telencefalul* este eterogen, că el comportă trei niveluri structurale: 1. un nivel de integrare a centrilor specifici şi în special a analizatorilor perceptivi şi a centrilor efectori; 2. un nivel al centrilor aşa-zişi de asociație, care modulează sintezele ideo-motorii şi ideo-reprezentative verbale, gnozice şi praxice; 3. un nivel al unei activități sintetice (corespunzând *unifying on synthetising centres*, de care vorbea H. Jackson). Noi considerăm cortexul cerebral nu ca un *level of alertness*, ci ca „mediu", ca un ansamblu în care se desfăşoară şi se construiesc anticipațiile, alegerile şi actele necesare ordinii sociale a comportamentului (Lashley)...Cu alte cuvinte, *scoarța*

[81] A se vedea, în această privință, lucrările lui Henri Ey: *Conştiinţa* 1983: 153-155, 221-226; *Des idées de Jackson à un modèle organo-dynamique en psychiatrie* 1975; *Études psychiatriques vol.* III, No. 27.

constituie nivelul superior al activității psihice ca „mediu” al construcțiilor sale, iar nu „centrul conştiinței” în calitate de bază a experienței trăite” (H. Ey 1983: 164).

În ceea ce priveşte concepția neuro-fiziologică adoptată de către Henri Ey, putem să notăm aici:

- trecerea de la concepția „statică” de tip clasic, la concepția „dinamică”, modernă, despre creier şi în general, despre sistemul nervos central (în fapt o *neurofiziologie dinamică*[82] – H. Ey 1983: 153, 216);
- organizarea „modulară” a creierului (H. Ey 1983: 216)[83];

RELAȚIA CONŞTIINȚEI CU SCOARȚA CEREBRALĂ

W. James (1890) considerat de către Henri Ey, unul din precursorii teoriei sale psihologice, susținea teza conform căreia, conştiința nu apare la nivelul structurilor sub-corticale, ci numai la nivelul scoarței cerebrale[84]. Henri Ey respinge acestă teză (sau mai bine zis această ipoteză), arătând că: „În realitate psihismul şi nervismul sunt legate de la cele mai joase niveluri ale organizării sistemului nervos, iar nivelurile cele mai înalte, depinzând de structurile cerebrale, nu sunt închise, ci, dimpotrivă, deschise. Astfel, *highest level*, constituit de cortex, depinde de infrastructurile sale şi, departe de a se afla localizat într-o anumită parte a scoarței, el reprezintă elaborarea dinamică indefinit deschisă în afara condițiilor sale spațiale” (H. Ey *Conştiința* 1983: 152). La pagina 154 revine şi completează astfel: „Localizărilor cerebrale în scoarță le-au urmat, în ceea ce priveşte sediul şi importanța lor, formațiunile subcorticale. Această atribuire a supremației formațiunilor subcorticale, care a fost încercată mai demult (Camus, M. Reichardt, Kuppers, P. Guiraud, K. Kleist etc.) şi-a aflat fundamentul clinic şi experimental în lucrările lui Magoun şi ale lui Penfield. Fireşte că atunci când aceşti autori atribuie sistemului activator ascendent, trunchiului cerebral sau „centrencefalului” funcția de *highest level*, ei comit o eroare inversă, dar egală celei pe care încearcă să o combată. Căci chiar dacă, după cum vom vedea mai departe, activarea mezodiencefalică este necesară trezirii conştiinței, adică desfăşurării sale în câmp, o astfel de condiție nu este şi suficientă pentru ca ea să fie socotită un „centru reglator” al vieții psihice care să-i asigure acesteia posibilitatea celei mai fine diferențieri” (H. Ey *Conştiința* 1983: 154). La pagina următoare aflăm că: „***scoarța cerebrală*** este organul *mişcărilor facultative* ale câmpului conştiinței, iar ***centrencefalul*** este organizarea cerebrală a *verticalității* câmpului conştiinței”.

[82] A se vedea şi O. Sacks *Neurologia şi sufletul* (1992), în volumul *Cum ne țesem Eul* (1998), ediție îngrijită de G. G. Constandache.

[83] A se vedea şi concepția lui M. Bunge (*Épistemologie*1982, *Filosofie şi ştiință* 1984) despre structura creierului, stările neurale şi stările psihice; de asemenea, Oliver Sacks în *Cum ne țesem Eul?* sub redacția lui G. G. Constandache (1998: 42-44).

[84] Cf. W. James vol. I, 1890: 65-66.

RELAȚIA DINTRE NEURO-BIOLOGIA CONŞTIINȚEI ŞI FENOMENOLOGIA CONŞTIINȚEI

Această problemă[85] şi-o va propune spre reflecție Henri Ey în cadrul volumului *Conştiința* (H. Ey 1983: 217, 220-226). Autorul vorbeşte aici despre „convergența" *fenomenologiei câmpului conştiinței* cu *arhitectonia funcțională a creierului* (H. Ey 1983: 217), teză ce permite, în opinia sa, să fie depăşite „contradicțiile implicate în concepția spațială a centrilor suprapuşi şi în concepția elementară a unei simple funcții de vigilență" (H. Ey 1983: 217). Acesta este „singurul mijloc de a sesiza împreună ierarhia funcțională a creierului şi organizarea câmpului conştiinței în perspectiva lor reală, care exprimă mai mult *temporalitatea* structurii lor decât *spațialitatea* localizării lor" (ibidem).

TEORIA DESPRE PERSONALITATE

DEFINIȚIA PERSONALITĂȚII[86]

Henri Ey oferă o definiție stipulativă a termenului *personalitate* în Monografia din 1975: „Noi denumim personalitate ansamblul direcțiilor (resimțite de conştiință ca motive, credințe şi analizabile ca atare chiar şi în inconştient) pe care un organism le propune comportamentului său, în continuitate cu 'istoria'sa" (H. Ey 1975: 137).

După aceea, Henri Ey continuă prin a afirma că nu există, în opinia sa, decât personalitate umană. Prin urmare, dacă în ceea ce priveşte conştiința, Ey susține *teza continuității* între zooconştiintă şi conştiința omului, în cazul personalității, el adoptă *teza discontinuității*, conform căreia personalitatea nu apare decât la om, ea neputând fi atribuită altor viețuitoare:

„Este suficient să spunem că noi nu putem concepe (în mod eronat sau pe bună dreptate) o personalitate decât umană şi că această personalitate presupune o serie de acte necesare, mai ales conştiința de sine, proiectarea în timp, organizarea vieții afective etc." (H. Ey 1975: 137).

Mai mult, „această construcție a personalității se efectuează pornind de la mediul cultural şi de la istoria individuală" (H. Ey 1963: 733).

O nouă definiție ne este oferită şi în *Étude No. 8* din primul volum de *Études psychiatriques :*

„Personalitatea, văzută în dezvoltarea sa, este istoria formării personajului meu care s-a degajat de condiția mea specifică şi constituțională, pentru a se erija în stăpân al naturii mele şi într-un anumit sens, contra naturii mele. Astfel, natura umană (adică psihismul uman în măsura în care este cea mai înaltă expresie a acestei naturi) este, în ea însăşi, esențialmente conflictuală" (H. Ey 1950 : 263).

Remarcăm, în definiția de mai sus, o organizare pe trei niveluri a personalității umane:

---

[85] Problema este anunțată încă de la pagina 155.

[86] A se vedea H. Ey 1975: 137; H. Ey 1963: 746.

1. nivelul speciei ;
2. nivelul constituțional sau biotipologic ;
3. nivelul persoanei sau al personajului, stăpân pe caracterul său.

Desi văzută în maniera biologistă, proprie mai degrabă antropologiei fizice a anilor 1950-1960, această trihotomie (*nivelul speciei, nivelul tipologic, nivelul individual*) seamănă cu cea propusă de către C. Kluckhohn et al. 1953 şi citată de Gordon W. Allport în *studiul personalității*, conform căreia, individul are caracteristici comune cu specia *Homo sapiens*, cu grupul cultural de apartenență şi caracteristici proprii, idiosincratice (G. W. Allport 1991: 25).

Această trihotomie mai subliniază însă o idee fundamentală pentru gândirea lui Henri Ey şi anume: drumul spre libertate al persoanei umane, care trece prin ontogeneza personalității sale, se smulge *determinismelor biologic* şi *cultural* (nu însă şi *determinismului istoric*, aşa cum vom vedea mai departe).

Vom înțelege mai bine poziția lui Henri Ey în ceea ce priveşte problema raportului între determinism şi liber arbitru, în structurarea personalității umane, dacă ne vom aminti că, termenul determinism are mai multe sensuri. Ele au fost descrise recent de către Ted Honderich (2001) în felul următor:

„Adesea denumeşte o teorie generală despre realitatea întreagă incluzând lumea nevie şi în particular chiar microparticulele fizicii. Dar în cele mai multe cazuri are sensul de…o idee, o doctrină sau o teorie despre determinarea persoanelor care are drept caracteristică faptul că suntem într-un fel liberi şi responsabili. Avem o anumită natură umană care presupune că suntem liberi şi responsabili. Al treilea sens este diferit şi mai restrictiv. Determinismul ar fi o viziune asupra naturii umane – în esență o viziune potrivit căreia cauzalitatea obişnuită este adevărată pentru noi şi pentru viețile noastre, noi fiind subiect al legilor cauzale. Într-o astfel de utilizare a termenului, determinismul răspunde „da" la întrebarea dacă existăm fundamental similar cu plantele şi maşinile. În acest sens el nu include şi nu implică un răspuns la întrebarea dacă suntem liberi sau nu" (T. Honderich 2001: 19).

În textul din *Études psychiatriques No. 8*, Henri Ey pune această problemă a eliberării persoanei de determinismul biologic[87] exprimat prin cele două niveluri: nivelul speciei şi nivelul biotipului „fizic":

„Din determinismul senzori-motor propriu speciei se degajă indeterminarea liberă a activității. Din biotipul „fizic" şi specific al individului se degajă persoana" (*Étude No. 8*, p. 263).

Aici intervine şi problema influențelor mediului cultural şi mai ales al istoriei individuale, de care omul nu se poate elibera total niciodată (H. Ey 1963: 733). Determinismul cultural al personalității este combătut cu fermitate în manualul de psihiatrie (H. Ey et al. 1967: 51-52 / 1989 : 66-67) unde se arată că, viața de relație asigură autonomia şi adaptarea omului la condițiile existenței sale, însă „conceptul de adaptare nu trebuie înțeles ca şi cum s-ar referi la un fel de mecanism cibernetic sau reflex, care, la fel ca motoarele zise autoguvernate, s-ar adapta automat şi conform unei condiționări riguroase impuse de mediu. În acest caz, cum spunea McCulloch, autoritatea ar fi informația şi omul ar putea fi

[87] Această temă este reluată şi în H. Ey (1963: 733).

considerat doar ca un produs al mediului şi al instituţiilor sociale; astfel încât, legea sa de constituţie normală ar fi coformismul la legea politică socială a grupului cultural[88] căruia i-ar aparţine trup şi suflet" (H. Ey et al. 1989: 66).

Aceste consideraţii cu privire la libertatea şi autonomia (desigur, o autonomie relativă !) a persoanei umane în mediul său de viaţă, ne permit să înţelegem mai bine imaginea pe care o propune psiho-dinamismul lui Ey cu privire la *omul sănătos psihic*, raţional şi bine adaptat la solicitările vieţii sociale. În ceea ce ştiinţele sociale numesc disputa *structură vs individ* sau „problema generală a structurii şi acţiunii": structura determină acţiunea sau invers ? (M. Hollis 2001: 13), Henri Ey înclină în mod cert în favoarea individului şi a capacităţii acestuia ca, prin acţiunile sale, prin exercitarea liberului său arbitru, să influenţeze structurile sociale (supra-individuale).

Omul sănătos nu este *omul mediu*, omul docil şi conformist care se supune mecanic regulilor grupului cultural, ci *omul normativ* care se conformează doar „regulilor şi modurilor de existenţă potrivite pentru a-i asigura autonomia (libertatea)" (H. Ey et al. 1989: 67). Să înţelegem că omul normativ se conformează intenţionat unor reguli pe care le împrumută din mediul cultural şi cărora doreşte să le urmeze ? Dacă facem distincţia între a te conforma unei reguli şi a urma o regulă (cf. Ph. Pettit 1999: 238), trebuie să înţelegem că a doua variantă este legată de o anumită stare a minţii:

„A urma o regulă, spre deosebire de a i te conforma şi nimic mai mult, înseamnă să exprimi totuşi o anumită stare a minţii şi nu doar să satisfaci o anumită specificare cu privire la comportament. A urma o regulă înseamnă să te conformezi regulii în mod intenţionat, să te conformezi regulii prin aceea că încerci să i te conformezi, să te conformezi regulii datorită faptului că acţionezi în baza unei dorinţe de a atinge conformitatea. Un agent urmează o regulă, în cadrul judecăţilor pe care le formulează, doar în cazul în care există un set de opinii (cu rol de raţionalizări) şi de dorinţe ce explică (în mod potrivit) faptul că realizează astfel de judecăţi (Ph. Pettit 1999: 238).

Faptul că „a urma o regulă" este un act intenţionat, implicând opinii şi dorinţe ale unui agent, înseamnă că aici este implicată o decizie bazată pe o motivaţie psihologică. Ştim de la Henri Ey că doar gândirea şi acţiunile *omului sănătos psihic* sunt dotate cu sens, adică au intenţionalitate[89], motivaţie şi mobil (H. Ey 1963: 751) şi de aceea ele se pot preta la o analiză comprehensivă prin *motivaţie psihologică* (H. Ey 1963: 750, 751). Aceasta permite ca, în cadrul relaţiilor intersubiective, oricine să se poată pune în locul celuilalt, să se proiecteze în sensul existenţei celuilalt (H. Ey 1963: 751). Utilizarea acestui concept de „cauzalitate psihică" sau „motivaţie psihologică" în cazul patologiei mintale este limitat de însăşi structura bolii psihice şi aceasta chiar în cazul nevrozelor (ibidem). Sentinţa lui Henri Ey pare implacabilă : „Bolnavul mintal nu este susceptibil de o analiză comprehensivă prin motivaţia psihologică" (H. Ey 1963: 750).

---

[88] Henri Ey se opune aici determinismului cultural în formarea personalităţii, susţinută de unii antropologi din şcoala *Culture and Personality* (e.g. R. Linton, 1945).

[89] *Intenţia* este, desigur, doar o formă de *intenţionalitate*, alături de alte forme ale acesteia.

ONTOGENEZA PERSOANEI SAU A EULUI

De la începutul acestui subcapitol, credem că este necesar să facem precizarea că, în cadrul teoriei sale psihologice, Henri Ey recomandă să nu se facă confuzie între planurile ontologice ale ființei conştiente. Atât în perspectivă sincronă (ființa conştientă) cât şi diacronă (devenirea conştientă), nivelurile ontologice trebuie păstrate distincte. Astfel că, în ceea ce priveşte *ontogeneza ființei umane*, vom separa:

- ***ontogeneza specifică*** (ontogeneza individului biologic – organism/corp fizic - ca membru al speciei *Homo sapiens*)
- ***ontogeneza individuală*** (devenirea psihologică – *psihogeneza individului* ca persoană autonomă şi rezonabilă);
- ***ontogeneza persoanei*** (ontogeneza Eului)

În cele ce urmează, ne vom ocupa de *ontogeneza persoanei*[90] sau *a Eului*, aşa cum o concepe Henri Ey.

Din punct de vedere al evoluției diacronice a vieții psihice a persoanei umane, etapele sau fazele dezvoltării Eului prezintă o importanță deosebită. Ele vor face trecerea, în cazul fiecărui individ uman, de la nivelul caracteristic speciei, la cel personal al unei ființe rezonabile şi inteligente, stăpâne pe sine şi creatoare a propriilor sale valori. În acest proces complex de dezvoltare ontogenetică, teoria psiho-dinamică a lui Henri Ey prevede patru etape caracteristice:

- formarea Eului ca subiect al cunoaşterii.
- constituirea „lumii" Eului.
- conceperea personajului.
- autonomia caracterului.

Ontogeneza persoanei nu se suprapune deci, cu *ontogeneza psihică* (*Psihogeneza* în terminologia lui H. Ey) pentru că, aşa cum arată schema planurilor structurale, prima etapă, cea de nou-născut, este caracterizată doar de un singur plan, cel *biologic*, organismic (nivelul vital). Apoi se formează *psihismul automat*, după care apare, odată cu limbajul şi viața socială, *nivelul psihic* propriu-zis, caracteristic persoanei umane (cf. H. Ey, 1972). Evoluția persoanei continuă pe perioada vieții adulte şi odată cu îmbătrânirea organismului biologic, se instalează treptat şi psihologia caracteristică perioadei de senescență (cf. H. Ey et al.1967: 880).

Dacă nou-născutul este redus doar la nivelul său biologic, vital (un „tub digestiv") lipsit de psihism, un stadiu analog este descris doar la bătrânul atins de demență senilă, în faza terminală în care, lipsit până şi de funcțiile intelectuale fundamentale, rămâne la nivelul său de organism biologic care supraviețuieşte doar prin buna funcționare (temporară) a sistemelor sale vitale. La limită, dementul ajunge o ființă a-psihică, la fel ca şi nou-născutul imediat după naştere. Desigur, acesta este mai degrabă un model teoretic, „ideal", care doar aproximează realitatea. În fond, ştim puține lucruri despre experiențele şi trăirile atât ale nou-născutului, cât şi cele ale dementului în faza terminală. Sunt ei „tabula rasa", complet „a-psihici" aşa cum îi descrie modelul organo-dinamic? Sau, aşa credem noi (ori cel puțin aşa credea Henri

[90] Despre *istoria persoanei*, Henri Ey vorbeşte pe larg în *Conştiința* (1983: 314).

Ey) în lipsa unor metode de acces la trăirile respective? Sau este vorba aici de o problemă filosofică, de a duce până la ultimele consecințe logice (la limită) definiția acceptată a ființei psihice ca *experiență* şi *existență*?
Dacă definim ființa psihică sincron ca experiență a conştiinței intenționale care se deschide spre lumea obiectelor şi diacron, ca *Ființă-în-lume* (Dasein), subiect transcendental sau trans-actual al existenței sale, adică Eu sau Persoană care „organizează sistemul relațiilor sale, ale scopurilor sale şi ale propriilor sale valori" (H. Ey et al. 1967: 355) înțelegem că, la limită, sincron, subiectul nu s-a format pentru că nu i s-au prezentat încă obiecte care să devină obiecte ale conştiinței intenționale; iar diacron, subiectul dispare prin pierderea treptată a Lumii sale, mai întâi ca obiecte intenționale ale conştiinței sale, ca model personal al lumii sale, apoi ca relație pre-reflexivă cu Lumea sa, apoi ca pol al identității personale construită în timpul existenței sale.
Disoluția, spune Henri Ey este inversul evoluției (H. Ey et al. 1967). Prin urmare, abilitățile se pierd în ordinea inversă a dobândirii lor. Trebuie deci, să punem în oglindă, evoluția funcțiilor psihice la nou-născut, cu disoluția capitalului mintal la dementul senil.
La fel ca în cazul considerațiilor pe care noi le vom face, ceva mai departe în această lucrare, cu privire la demența senilă şi consecințele principiului umanist, asupra evoluției şi disoluției persoanei umane, este indicat să nu ne lăsăm furați de frumusețea modelului teoretic (de simetria perfectă a achiziției şi pierderii funcțiilor psihice), ci trebuie ca această *teză a simetriei evoluției şi disoluției psihice*, să fie supusă testării şi verificării prin cercetări clinice.

DEZVOLTAREA ONTOGENETICĂ A PERSOANEI MORALE

Fazele sau etapele dezvoltării ***persoanei morale***, reprezintă straturi sau planuri ale structurii ierarhice a personalității[91]:
1.stratul cel mai profund, al tendințelor specifice (ținând de nivelul biologic al speciei) constituie *sfera instinctelor* (p. 233).
2.*stratul complexelor instinctivo-afective personale* (ținând de o integrare personală a tendințelor instinctive de specie, care presupune o selecție în funcție de „caracterul" personal) (p. 236). Se constituie un sistem de contra-pulsiuni; naturii instinctive i se substituie o supranatură complexuală, supusă *legilor premoralei*: *legile Supra-Eului* (p. 237).
3.stratul ***conştiinței morale*** care domină *planurile instinctiv* şi *complexual* şi subordonează pulsiunile (*le ça*) şi contra-pulsiunile (*le sur-moi*) lor, supranaturii etice (*la surnature éthique*) (p.237). Acest nivel al personalității conştiente, reprezintă o „sferă a determinărilor rezonabile şi etice, care constituie nu baza, ci vârful organizării persoanei" (H. Ey *Étude No. 13*, p. 237).
Ca o observație clinică, vom spune că, este absolut necesar, în opinia noastră, ca foaia de observație de tip organo-dinamic să conțină rubrici destinate ontogenezei personalității şi conştiinței morale. Aceasta implică evaluarea formării

[91] Analiza pe care o redăm mai jos, provine din textul lui Henri Ey dedicat perversităților patologice în psihiatrie. Este vorba de *Étude No. 13* din vol. II al *Études psychiatriques*.

şi maturizării persoanei morale, a conştiinţei morale, precum şi evaluarea plasticităţii (i. e. exercitarea judecăţii morale în diferite situaţii vitale – cf. H. Ey et al. 1967: 36).

MODELUL DEZVOLTĂRII PERSONALITĂŢII ÎN CONTEXT SOCIAL ŞI CULTURAL

Această analiză pe care o vom face personalităţii umane, a fost doar sugerată de către Henri Ey în diverse texte. Ea nu a fost în mod sistematic realizată, astfel încât să avem o înţelegere completă a sistemului personalităţii umane şi implicit, al destructurărilor sale. Vom face distincţia între dezvoltarea psihologică, socializare şi enculturaţie, precum şi între trei tipuri de identităţi ale persoanei umane: identitatea psihică, identitatea socială, identitatea culturală.

Socializarea este în general descompusă în două componente: **socializarea primară** şi **socializarea secundară**. Sunt separate apoi **identitatea socială de sex**[92] **(genul masculin** şi **genul feminin)** şi **identitatea socială corespunzătoare diferitelor statusuri şi roluri sociale** pe care le atribuim individului. Analiza statusurilor şi rolurilor sociale are legături strânse cu *teoria structurii sociale* şi de asemenea cu *problema raporturilor dintre structură şi actorul social,* amintită anterior (M. Hollis, 2001).

Enculturaţia[93] reprezintă procesul prin care un individ devine membrul unui grup cultural dat. Un element fundamental al construcţiei identităţii culturale[94] îl reprezintă procesul de internalizare[95] a valorilor culturale comune grupului cultural de apartenenţă, de către fiecare individ, care devine astfel o persoană, un actor cultural. Henri Ey insistă asupra acestui proces de internalizare selectivă a valorilor culturale de grup, arătând că în acest fel se constituie, pe parcursul traiectoriei axiologice a persoanei, un **capital mintal** care reprezintă „sistemul de valori ale Eului" (H. Ey 1983). Acest capital mintal se poate pierde definitiv în cazul demenţei senile, caz extrem al patologiei mintale care pune în discuţie, pentru unii autori însăşi umanitatea omului. Nu însă şi pentru Henri Ey care, aşa cum am arătat anterior, consideră că esenţa umană a omului nu poate fi pierdută nici măcar în bolile mintale cele mai severe (H. Ey et al. 1967).

A deveni însă om, pentru unii antropologi este echivalent cu ***a deveni individ***. Această idee, pe care o regăsim de exemplu la antropologul american Clifford Geertz (1973: 52-53) ne permite să înţelegem mai bine faptul că, pentru Henri Ey[96] a constituit o adevărată luptă consacrarea în cadrul teoriei sale despre om şi bolile sale mintale, a ideii că omul nu se desăvârşeşte pe sine decât atunci când

[92] A se vedea şi articolul lui S. Sengenès "*D'un genre à l'autre*" în TERRAIN 2004: 81-94.
[93] O analiză comprehensivă a relaţiilor dintre socializare, enculturaţie şi dezvoltarea identităţii personale, poate fi regăsită în articolul lui F. J. Poole Porter din Tim Ingold (1995). *Companion Encyclopedia of Anthropology*, Routledge, London & New York.
[94] Pentru relevanţa identităţii culturale a pacientului în psihiatrie, a se vedea şi M. Trujillo în Kaplan & Sadock (2000).
[95] A se vedea, de exemplu, *teoria internalizării valorilor culturale* propusă de M. Spiro (1987) şi citată de R. D'Andrade (1995: 228).
[96] A se vedea şi Henri Ey (1996: 216).

devine un individ, smulgându-se constrângerilor impuse de nivelurile inferioare ale persoanei sale: nivelul speciei sau constituția sa (biotipul).

PERSOANA ÎN ORGANO-DINAMISM

Sociologul francez Marcel Mauss descrie, într-unul dintre textele sale, mai multe conceptualizări ale persoanei în cultura occidentală. Printre acestea se numără şi ideea de persoană ca mască, din latinescul *persona = mască* (M. Mauss 1983: 348).

Henri Ey preia această semnificație a persoanei ca mască, aşa cum putem vedea din textul său: *„Les problèmes cliniques des schizophrénies"*: „Persoana oricărui om este o mască ce reflectă celelalte măşti, cele ale persoanelor care intră în existența noastră" (H. Ey 1996: 398).

Structurile implicite ale persoanei din perspectiva psiho-dinamismului lui Henri Ey, sunt *corpul, limbajul, rațiunea* (H. Ey 1983: 309).

Statutul de persoană[97] nu este dat, în organo-dinamism, de la început ființei umane ci, un individ din specia umană, intră în acest statut, printr-un proces de devenire care implică nu numai maturizarea funcțiilor sale nervoase, dar şi integrarea sa într-un mediu social şi cultural complex.

Statutul de persoană poate să fie pierdut. Organo-dinamismul consideră că demența conduce la ieşirea individului uman din statutul de persoană. Henri Ey vorbeşte despre ***„a nu mai fi persoană***" (H. Ey 1996: 410, H. Ey et al. 1989: 131, H. Ey 1975: 30-31) ca un rezultat al regresiei psihice profunde care are loc în demența senilă, de exemplu, dar nu numai. Individul uman cade într-un fel de cvasi-animalitate, ceea ce ar putea atrage după sine o atitudine diferită a celor din jur, față de atitudinea cuvenită unei persoane umane cu drepturi depline. Intuind această alunecare, Henri Ey fidel concepției sale umaniste, adoptă un principiu pe care l-am denumit „principiul umanist" şi care afirmă că: nici un om, oricât de afectat psihic ar fi, nu decade din statutul său uman. În acest fel, Ey oferă propria sa soluție la o ***problemă bioetică*** mai puțin discutată în zilele noastre, dar care capătă o importanță din ce în ce mai mare, în contextul în care, îmbătrânirea generală a populațiilor din țările occidentale, duce la apariția unui număr din ce în ce mai mare de cazuri de demențe senile.

PRINCIPIUL UMANIST ŞI PROBLEMA DEMENȚEI SENILE ÎN CONCEPȚIA ORGANO-DINAMICĂ

Influențele *umanismului existențialist* sunt resimțite în maniera în care Henri Ey postulează o imposibilitate a omului de a decădea din statutul său uman (principiul umanist) ca urmare a bolii psihice, nici chiar în formele cele mai grave ale acesteia, de exemplu, *demența senilă*. Iată cum se exprimă Ey în legătură cu această afecțiune extrem de severă:

---

[97] În acest început de secol XXI, *statutul de persoană* a început sa fie conferit ființei umane în faze din ce în ce mai timpurii ale existenței sale. Astfel, au căpătat statut de persoană fătul uman în perioada sa de viață intra-uterină, iar odată cu apariția problematicii clonării umane, au căpătat statut de persoană chiar şi embrionii umani.

„Această decădere a dementului este însă reversibilă, ea este încă „omenească”, fapt pe care vechii clinicieni nu-l considerau; analiza existențială a dementului surprinde „inexistența” sa. Adică pierderea a ceea ce este „pentru sine”, dementul fiind redus la nivelul unei „quasi-animalități” şi, uneori, până la viața vegetativă” (H. Ey *Conştiința* 1983: 255).

Iată o posibilă interpretare a poziției lui Henri Ey cu privire la această redutabilă afecțiune:

– „principiul umanist” spune că nici un bolnav psihic nu cade în animalitate, ci rămâne un om, chiar şi în afecțiunile cele mai grave;

– umanitatea omului atinge apogeul său pe nivelul integrării psihice superioare când persoana îşi exercită autonomia rațiunii sale şi controlul asupra caracterului său;

– dementul senil, pierde întreg capitalul său mintal, îşi pierde autonomia şi rațiunea, prin urmare, am putea spune că el pierde toate atributele specifice umanității sale,

– dar acest lucru pare să contrazică principiul umanist amintit mai sus. Cum se explică această aparentă contradicție?

– Atât în Monografia (H. Ey 1975: 217) cât şi în alte texte, Henri Ey face o diferență între ***ontogeneza specifică*** (ontogeneza individului biologic – organism/corp fizic - ca membru al speciei *Homo sapiens*) şi ***ontogeneza individuală*** (devenirea psihologică – *psihogeneza individului* ca persoană autonomă şi rezonabilă);

– Ceea ce pierde dementul în regresia sa psihică, este tocmai suita de achiziții din cursul ontogenezei individuale; el pierde aspectele cele mai umane ale umanității sale;

– Cu toate acestea, el nu regresează şi din faza ontogenezei specifice în care ajunsese. OBS: conform principiului ontogeneza repetă filogeneza, s-ar putea spune că, regresia ontogenetică biologică, l-ar face pe om să recadă în animalitate. Acest lucru nu este admis de către Henri Ey.

– Prin urmare, deşi pierde ceea ce este cel mai uman în om, personalitatea, caracterul şi rațiunea sa, bolnavul rămâne totuşi un membru al speciei *Homo sapiens*, cu biologia caracteristică acestei specii, care îl deosebeşte de celelalte specii animale. Ca atare, el rămâne totuşi un om (în sensul biologic al cuvântului) deşi a pierdut o parte esențială a umanității sale. Henri Ey vorbeşte în acest caz, de o „cvasi-animalitate”, bolnavul demențial fiind redus la funcțiile sale vitale (comune cu animalele), vegetative (cf. H. Ey et al. 1967: 131):

– Această filosofie umanistă are consecințe majore în cea ce priveşte atitudinea față de persoana bolnavului şi îngrijirile ce trebuie să i se aducă: „Dementul regresează până la un nivel de „quasi-animalitate”, însă decăderea lui este încă „omenească”. Într-adevăr, bolnavul mintal este alterat în umanitatea sa, însă aceasta nu ne permite în nici un caz să-l tratăm altfel decât ca pe un om (H. Ey et al. 1989: 74).

RAPORTURILE DINTRE CONŞTIINȚĂ ŞI PERSONALITATE ÎN CADRUL CORPULUI PSIHIC

Am arătat deja că, din punctul de vedere al psihologiei lui Henri Ey, *Conştiința* şi *Personalitatea* sunt strâns legate una de cealaltă. Care este însă natura relației dintre cele două dimensiuni fundamentale ale corpului psihic? Câmpul conştiinței şi personalitatea sunt *corelative*:

În **starea de normalitate**[98] – raportul între conştiință şi personalitate nu este unul de *identitate*, ci de *subordonare* a conştiinței față de Eu (H. Ey 1983: 317). Conform lui Henri Ey: „Este evident că la adultul normal şi treaz câmpul conştiinței este subordonat sistemului personalității. Aceasta înseamnă a spune că eu sunt cel care integrez în istoria mea momentele succesive ale actualității pe care o trăiesc. Această „integrare" priveşte tocmai acele „funcții" pe care psihologia clasică le distinge în atenție, memorie, raționament, afectivitate, şi care, global, se manifestă ca o luare în posesiune a câmpului conştiinței prin intenționalitatea Eului. Atunci când Eul îşi dirijează experiența către nivelul său maxim, către regiunea cea mai înaltă a psihicului, Eul şi câmpul conştiinței coincid. Această coincidență nu trebuie însă interpretată nici ca o identitate, nici ca o relație de reciprocitate totală. Într-adevăr, dacă ființa noastră conştientă apare ca fiind supusă legii fundamentale a reflexiei, ca fiind o structură reverberantă, ea nu se dovedeşte în forma câmpului conştiinței a se afla într-un raport de reciprocitate pur şi simplu cu Eul, ci într-un raport de subordonare. Aceste două modalități de a fi se întâlnesc una cu cealaltă ca o figură pe un fond, într-un „du-te-vino" al experienței în care, uneori *simt* că trăiesc un eveniment (de la cel mai nesemnificativ până la cel mai dramatic), alteori *ştiu* că îmi urmăresc şi îmi dirijez istoria prin evenimentele care o compun. Este clară însă subordonarea acestor două modalități ale existentului" (H. Ey *Conştiința* 1983: 317).

În **stările patologice**[99] – raportul între conştiință şi personalitate este de *corelație necesară*. Conform lui Henri Ey: „conținutul" conştiinței în starea de boală nu este „contingent", ci el este strict corelat cu „forma" anormală a conştiinței. Conştiința este întotdeauna intențională, ea este conştiința a ceva. Dar, în acelaşi timp, ea este corelată cu personalitatea bolnavului: „Forma delirului depinde de nivelul de disoluție şi de modalitățile integrării sale în personalitate. În acest sens, imaginile care îl constituie, structura *fantasmică* a fiecărei psihoze, fac parte integrantă dintr-un anumit mod de gândire. Delirul nu se reduce la tema pe care o exprimă, delirul nu este această temă decât pentru că tema corespunde unei anumite organizări a conştiinței. Delirul nu este doar un „conținut" al conştiinței ci reflectă, în acelaşi timp, "forma" anormală a conştiinței" (H. Ey, *Études psychiatriques vol. I*, p. 277).

[98] Cf. H. Ey *Conştiința*1983: 317.
[99] Cf. H. Ey *Études psychiatriques* vol. I, p. 277

CONCEPȚIA DESPRE CORPUL FIZIC[100] ÎN TEORIA PSIHO-DINAMICĂ A LUI HENRI EY

Pentru Henri Ey, ***corpul fizic*** este, într-adevăr, delimitat de forma pe care o conturează tegumentul său, însă el nu este "nici plin, nici gol, ci este organizat", având o structură internă complexă. Tegumentul este mai mult decât suprafața de contact cu lumea (prin intermediul căreia se realizează schimburile cu exteriorul), el delimitează de asemenea şi ceea ce constituie proprietatea reală a individului:
"Desigur, tot ceea ce se găseşte în interiorul acestei teritorialități primeşte şi conservă ceea ce s-a încorporat aici din exteriorul său, dar numai în funcție - ca o condiție *sine qua non* - a propriei sale organizări. Putem spune cu certitudine că *organizarea unui corp* îi asigură acestuia *autonomia*. Influența reciprocă pe care o exercită unul asupra celuilalt organismul şi mediul său, depinde de planul de organizare a organismului pe care acesta o obține de la apartenența sa la specie (ceea ce este propriu constituției sale genetice)". (H. Ey 1975: 215).
Însă, în organizarea acestui organism se integrează şi se încorporează de asemenea un sistem relațional propriu individului. Acesta este **„corpul psihic"** care „creşte în organizarea Omului pentru a se conforma naturii sale şi pentru a o depăşi" (H. Ey 1975: 215).
Un aspect important care trebuie amintit aici, în această interacțiune dialectică dintre corpul fizic şi corpul psihic, este acela că, pentru *Subiectul încorporat*, aşa cum psihologia lui Ey îl concepe[101], *corpul său* este un corp trăit, asupra căruia are o percepție şi cu privire la care îşi construieşte o anumită imagine, o schemă corporală, parte a imaginii de sine.

CUNOAŞTEREA PSIHOLOGICĂ

INDIVIDUALISM, SISTEMISM, HOLISM

Această temă epistemologică a *cunoaşterii vieții psihice* – este probabil cel mai bine definită de către Karl Jaspers (1963: 555-556), care spune următoarele: „Noi am dori să cuprindem viața psihică în întregimea sa, atât în starea curentă, cât şi pe parcursul întregii vieți" (p. 556). În acelaşi timp însă: „Pe măsură ce investigăm manifestările vieții şi analiza noastră devine din ce în ce mai detaliată, descoperim continuu noi conexiuni individuale. Dar viața însăşi, rămâne deoparte, ca un *întreg,* din care noi suntem capabili să extragem aceşti *particulari* care, în ei înşişi, sunt lipsiți de viață" (K. Jaspers 1963: 555).

Sau mai departe: „Noi vrem să cuprindem aceste unități complexe ca atare, să le demonstrăm prin descriere în analiza pacienților noştri şi să le utilizăm în scop

---

[100] Pentru o trecere în revistă a principalelor concepții teoretice cu privire la corp în secolul al XX-lea, a se vedea Françoise Giromini, 2003.
[101] O analiză a concepției lui Henri Ey cu privire la raporturile dintre schema corporală şi temporalitate a întreprins-o, relativ recent, psihiatrul suedez H. Malmgren (H. Malmgren, 2001).

diagnostic. Făcând astfel, aflăm că „întregul ca atare” nu poate fi niciodată cuprins şi nouă nu ne rămâne nimic altceva de făcut decât să analizăm. Nu cunoaştem viaţa psihică în întregime, nici vreo personalitate individuală ca întreg, dar ne îndreptăm atenția către acest întreg prin intermediul *totalităţilor* care în ele însele nu sunt totuşi întregul, ci numai un instrument de măsură restrâns, rezultatul unei analize care ne indică moduri pentru o posibilă concepere a întregului fără ca vreodată să ne ofere posedarea completă a acestuia” (K. Jaspers 1963: 556).

Din punct de vedere epistemologic, problema pe care o formulează Karl Jaspers este cea a raportului care există, în cadrul cunoaşterii vieții psihice a unei alte persoane, între *individualism* şi *holism*. În măsura în care dorim să surprindem unităţile psihicului, fie ele facultăţi, funcţii sau procese psihice individuale, prin intermediul unui demers analitic, atunci ne vom situa pe poziţia individualismului epistemologic. Dacă dorim, dimpotrivă, să surprindem totalităţile, marile întreguri, printr-un demers de tip sintetic, atunci ne vom situa pe poziţia holismului epistemologic.

Această dihotomie s-a transformat însă, în timp, într-o trihotomie, odată cu analizarea mai în profunzime a ideii de *totalitate*. Dacă prin totalitate înţelegem un întreg indivizibil ne vom păstra poziţia holistă, însă dacă privim totalitatea ca pe un sistem alcătuit din elemente ce interacţionează între ele, astfel încât întregul dobândeşte proprietăţi pe care elementele individuale nu le aveau, atunci ne vom situa pe o poziţie sistemistă. Acest tip de analiză, în ceea ce priveşte epistemologia cunoaşterii psihologice, promovată de către Jean Piaget, a fost rafinată apoi în epistemologie de către Mario Bunge, care a teoretizat separarea a trei tipuri diferite de abordări: *individualism, sistemism şi holism*.

Problema în cazul psihologiei psiho-dinamice a lui Henri Ey este aceea de a stabili dacă *structura psihică*, ca obiect de cunoaştere, reprezintă fie o totalitate indivizibilă, cum par să o sugereze referirile la gestaltism, fie un sistem, în sensul structuralismului operator al lui Piaget. Noi înclinăm în favoarea celei de a doua variante, bazându-ne şi pe textul lui Henri Ey din *Traité des hallucinations* (1973) unde el însuşi trimite cititorul la lucrarea *Structuralismul* lui Jean Piaget (1973), în scopul de a avea o mai bună şi mai corectă înţelegere a ideii sale de *structură psihică*.

CUM POATE FI CUNOSCUT PSIHISMUL ALTOR PERSOANE?

Psihismul (mintea) altora poate fi cunoscut prin mai multe abordări care, în psihologia contemporană a minţii sunt sistematizate astfel:
-*tip persoana I*: introspecţie şi self report,
-*tip persoana a II-a*: comunicare verbală şi empatie,
-*tip persoana a III-a*: studiul manifestărilor „obiective” neurofiziologice, comportamentale şi producţii ale minţii subiectului.

Epistemologul canadian Mario Bunge descrie, la rândul său, cinci căi de acces la psihicul unei persoane[102]. Psihologul francez Daniel Lagache descrie şi el

[102] Cf. M. Bunge – *Épistemologie*, 1982.

cinci căi de acces la psihicul altei persoane: *anturajul, conduita exterioară* spontană sau provocată, *experiența trăită* sugerată de conduita exterioară şi comunicată verbal de către subiect, *modificările somatice obiective*, *produsele activității subiectului* (D. Lagache 1955: 10, fasc. 37030 A[10]). Sistematizarea propusă de Lagache are la bază, în mod evident, sistematizarea modalităților de acces la psihicul altei persoane, propusă deja în psihopatologie de către Karl Jaspers în 1913.

În ceea ce îl priveşte pe Henri Ey, el indică faptul că putem cunoaşte psihicul unei alte persoane (de exemplu pacientul psihic) fie prin *observație directă*, fie prin *comunicare verbală* (conversație, dialog) fie prin *hermeneutica producțiilor minții* persoanei respective, fie prin *metoda testelor psihologice* (H. Ey et al. 1967).

CAPITOLUL 5
ANALIZA CONCEPȚIEI ORGANO-DINAMICE DESPRE PSIHIATRIE

SITUAREA EPISTEMOLOGICĂ ŞI CRONOLOGICĂ A PSIHIATRIEI LUI HENRI EY

Într-un articol din *L'Évolution psychiatrique* din 2003, G. Lantéri-Laura, propunea o periodizare a istoriei psihiatriei, în care se puteau identifica trei mari concepții cu privire la obiectul psihiatriei: „epoca dominată de noțiunea unitară de alienare mintală, din 1793 până în 1854, apoi o alta, marcată de diversitatea ireductibilă a bolilor mintale, concepute la plural, din 1854 până în 1926 şi, în fine, din 1926 până în 1977, o ultimă perioadă în care domină conceptul operator de structură" (G. Lantéri-Laura 2003: 28).

G. Lantéri-Laura consideră deci, ca ultimă perioadă[103], epoca marilor *structuri psihopatologice*, cuprinsă între anii 1926 şi 1977. În această perioadă s-a încadrat şi activitatea ştiințifică a lui Henri Ey, care a avut, după cum bine se ştie, ca preocupare centrală, problema limitelor câmpului disciplinar al psihiatriei, precum şi definirea obiectului propriu al acesteia.

DEFINIȚIA ŞI OBIECTUL PSIHIATRIEI

Vom începe prin a prezenta **definiția Psihiatriei**, din perspectivă organo-dinamică, pe care o regăsim în *Manuel de Psychiatrie*: „Psihiatria este ramura Medicinii care are ca obiect viața de relație la nivelul integrării care asigură autonomia şi adaptarea omului în condițiile existenței sale" (H. Ey et al.1989:66).

„DILEMA PSIHIATRICIDĂ" ŞI CEA DE „A TREIA CALE"

Concepția organo-dinamică a psihiatriei propusă de Henri Ey, reprezintă, din punctul de vedere al autorului său, o încercare de depăşire, într-o sinteză superioară, a unor teorii opuse care încercau să scindeze domeniul psihiatriei, riscând chiar să-l distrugă cu totul (este avută în vedere aici clasica dispută privind natura bolii mintale: este *fizică* sau *morală*, dispută pe care Henri Ey o numeşte adeseori „*dilema psihiatricidă*"). Această 'a treia cale' între *organicismul mecanicist* al secolului al XIX-lea şi *psihogenetismul dinamist* al secolului al XX-lea, avea drept scop o reformă a conceptelor-cheie ale psihiatriei, printr-o reflecție sistematică asupra fundamentelor disciplinei. În special cercetarea de tip metaştiințific (filosofia ştiinței) este cea care îl va conduce pe Henri Ey să definească obiectul psihiatriei şi

[103] Deşi nu ignoră evoluția psihiatriei de după 1977, Lantéri-Laura evită în mod deliberat să formuleze o apreciere la adresa DSM-ului american, făcând doar o observație privitoare la greşita sa întrebuințare ca manual clinic de psihiatrie (Cf. G. Lantéri-Laura 2003: 36).

să-l delimiteze de obiectul altor discipline *medicale* (e. g. neurologia) sau *non-medicale* (e. g. psihologia, sociologia, antropologia).

OBIECTUL DUBLU AL PSIHIATRIEI ÎN CADRUL CONCEPȚIEI ORGANO-DINAMICE

Ceea ce va constitui o trăsătură aparte a concepției organo-dinamice, va fi maniera în care va înțelege obiectul psihiatriei şi anume, într-o dublă perspectivă. Într-adevăr, pentru organo-dinamism, *obiectul psihiatriei* este dublu : 1. *boala mintală* ; 2. *psihoza* sau *structura psihopatologică* (H. Ey 1975: 162).

Care sunt rațiunile pentru o astfel de dedublare a conceptului de boală în *boala mintală* propriu-zisă şi *structura psihopatologică* (numită şi *psihoză*), nu vom încerca să explorăm în spațiul atât de restrâns al lucrării de față. Direcția în care vom merge însă, este aceea de a ne întreba, care este diferența dintre *boala mintală*, aşa cum o înțelege organo-dinamismul şi *structura psihopatologică* ? Pentru a surprinde esența acestei diferențe, vom face apel la definițiile pe care Henri Ey le dă celor două concepte, precum şi la comentariile sale, care precizează aceste definiții :

1. *definiția bolii mintale*: „Ceea ce în patologia generală defineşte o *boală*, este faptul că se poate atribui un ansamblu de simptome tipice (descrierea bolii) sau uşor atipice (formele clinice) dezvoltării unui proces morbid. Acest *proces morbid* reprezintă ansamblul modificărilor anatomice si fiziologice determinate de un agent sau un accident patogen. Noțiunea de *boală* în sensul tare al cuvântului este deci în mod esențial etiologică" (H. Ey 1975 : 162). „Trebuie considerat ca *boală* numai *procesul* de care depinde indirect simptomatologia, care simptomatologie nu reprezintă şi nu poate reprezenta decât un nivel mai mult sau mai puțin constant de disoluție" (H. Ey 1975 : 159).
2. *definiția structurii psihopatologice*: „*Structura psihopatologică* poate fi definită ca ansamblul tulburărilor trăite de bolnav ca evenimente şi observate de către medic ca o stare psihopatologică tipică ce reprezintă deci, evoluția tipică a unui anumit nivel de disolutie" (H. Ey 1975: 160).

Diferența majoră, am putea spune, constă în faptul că boala se defineşte printr-un *proces* (numit *proces somatic generator*) de care depinde indirect simptomatologia (cf. H. Ey 1975: 159). De ce indirect ? Pentru că în concepția etio-patogenică organo-dinamică, doar simptomele negative depind direct de procesul somatic generator, în timp ce simptomele pozitive, rezultat al eliberării instanțelor psihice inferioare, rămase intacte în urma acțiunii agentului sau accidentului patogen, apar doar indirect, fiind secundare procesului de *regresie*, generat de destructurarea globală a psihicului (H. Ey 1963: 753).

Pe întreg parcursul operei sale, Ey insistă asupra distincției între boli mintale şi structuri psihopatologice. De aceea el precizează că „nu sunt *boli mintale* legitime decât acelea care pot fi atribuite unui proces generator cunoscut" (ibidem). Formele psihopatologice care nu sunt atribuite sau nu sunt atribuibile ca atare unui proces etiologic dat, vor fi denumite *psihoze* sau *structuri psihopatologice* tipice (ibidem).

„PRINCIPIUL SEPARAȚIEI" PLANURILOR SEMIOLOGIC ŞI ETIOLOGIC

Întrucât, în opinia sa, *structurile* au fost permanent confundate cu *bolile mintale*, pe parcursul istoriei psihiatriei, Henri Ey se simte dator să introducă următorul *principiu* : „Nu trebuie să se confunde planul etiologic cu planul semiologic” (H. Ey 1975: 163). Explicația pe care el o oferă pentru a justifica[104] un astfel de principiu este esențială, credem noi, pentru înțelegerea corectă a concepției sale etio-patogenice şi chiar nosologice. Prin urmare : „Nu trebuie să confundăm planul etiologic cu planul semiologic, pentru bunul motiv că, ele reprezintă două perspective diferite asupra lucrurilor, atât de diferite încât, un acelaşi tablou clinic poate avea cauze diverse, iar un acelaşi proces poate produce tablouri clinice diferite” (H. Ey 1975 : 163).

În esență, putem spune că, această frază, relevând concepția sa sindromică despre boală, de inspirație jaspersiană, ne oferă cheia înțelegerii *poziției anti-nosografice* a lui Henri Ey şi legat de aceasta, respingerea *principiului specificității etiologice* al lui Bretonneau. În mod fundamental, pentru organo-dinamism, boala mintală este *nespecifică* (cf. H. Ey et al. 1967: 679).

LIMITELE PSIHIATRIEI DIN PERSPECTIVĂ ORGANO-DINAMICĂ

În textul său din 1972, purtând titlul „*Objet el limites de la Psychiatrie*”, Henri Ey introduce mai multe concepte care conturează poziția sa cu privire la specificul psihiatriei ca disciplină şi de asemenea, a specificului obiectului acestei discipline medicale, în raport cu alte discipline. Henri Ey vorbeşte despre „patologia libertății” şi despre „patologia umanității”, arătând că boala psihică diferă de celelalte boli ale omului, tocmai pentru că ea pune ***problema limitării libertății individului***, libertate care reprezintă una din valorile fundamentale ale culturii oc-cidentale, încă din perioada Revoluției franceze (a se vedea şi H. Ey *Étude No. 3, 4*).

Boala psihică este diferită de boala somatică prin însăşi stratificarea ontologică a ființei umane. Ea apare la nivelul ontologic specific uman, adică la „nivelul de integrare care asigură autonomia şi adaptarea omului la condițiile existenței sale” (H. Ey et al. 1989: 66). Situată la *nivelul ontologic uman* (nivelul psihic sau socio-cultural), boala mintală este „mai umană” decât boala somatică, situată la *nivelul ontologic vital* al ființei umane[105].

O astfel de concepție psihopatologică nu poate admite psihogeneza pură ca factor etiologic cu rol determinant, ceea ce va atrage după sine stabilirea unor *limite mult mai precise câmpului disciplinar al psihiatriei*, după cum Henri Ey însuşi mărturiseşte: „În fine trebuie să subliniem în maniera cea mai formală că repudierea psihogenezei pure ca factor patogen determinant şi concepția noastră generală despre raporturile dintre fizic şi moral, atribuie în mod necesar, psihiatriei nişte *limite*. Aceasta mai ales cu privire la activitățile umane superioare, la valorile spirituale (geniu, experiență mistică, acte morale sau imorale, estetice etc.).

[104] O versiune mai elaborată a acestei argumentații se regăseşte în *Manuel de psychiatrie* (H. Ey et al. 1967 : 677-679).
[105] Este introdus conceptul de « patologie a integrării psihice a vieții de relație ».

Domeniul psihiatriei se opune în această privință celui al libertății iar fără această opoziție, psihiatria nu poate exista” (H. Ey 1952: 175).

Obiectul psihiatriei, aşa cum este el delimitat de către teoria organo-dinamică, diferă de obiectul altor discipline:

- medicale: Medicina somatică, Neurologia
- non-medicale: Psihologia, Sociologia, Antropologia.

În ceea ce priveşte limitele Psihiatriei în raport cu alte discipline medicale, din textul lui Henri Ey privind obiectul şi limitele psihiatriei, aflăm că:
I. *patologia organică* (fie ea psihosomatică sau somato-psihică) *obiect al Medicinii somatice* este o patologie a vitalității – deci afectează nivelul „vital” sau biologic al persoanei umane;
II. *patologia care este obiectul Neurologiei* este o patologie a funcțiilor inferioare a vieții de relație;
III. *patologia mintală, obiect al Psihiatriei*, este o patologie a umanității sau o patologie a libertății întrucât „boala mintală exprimă totdeauna şi în mod necesar influența (*l'emprise*) unei dezorganizări a vitalității (ca o condiție organică a vieții psihice) asupra activității psihice, pe care o reduce, o decapitează sau o dizolvă” (cf. H. Ey, 1972).

Obiectul Psihiatriei diferă şi de ***variațiile psihologice individuale*** prin aceea că „bolile mintale sunt deficite de adaptare şi nu variații reacționale la diverse situații sociale şi „istorice” la care individul normal trebuie să se adapteze.”(H. Ey 1972, H. Ey 1975: 215).

În Monografia din 1975 aflăm că activitatea psihică normală se caracterizează prin gradul de maturitate şi gradul de plasticitate. Plasticitatea e definită prin studiul obiectiv al comportamentului pacientului în diverse situații vitale (H. Ey 1975: 142). Miza este **adaptarea la realitate** care implică în primul rând funcțiile memoriei, percepției şi comunicării verbale care sunt actele constitutive ale realității. Fiecare din aceste „funcții” implică o infrastructură psihică inconştientă şi o structură a activității trăite (H. Ey 1983: 30). Prin urmare, trebuie să vorbim, de fapt, de *structura memoriei, structura percepției, structura comunicării verbale* (cf. H. Ey 1983: 22-23).

POSTULATUL DIFERENȚEI ÎNTRE NORMAL ŞI PATOLOGIC – FUNDAMENT AL ŞTIINȚEI PSIHIATRICE

PROBLEMA RAPORTURILOR ÎNTRE NORMAL ŞI PATOLOGIC[106]

Şcoala franceză de istoria şi filosofia medicinii (G. Canguilhem, M. Foucault etc.) arată că distincția între Normal şi Patologic apare târziu în cultura occidentală, abia la începutul secolului al XIX-lea, în scrierile lui Xavier Bichat:
„Conştiința modernă tinde să ordoneze puterea de a delimita neregulatul, deviantul, nerațional, ilicitul sau criminalul conform distincției dintre normal şi patologic. Ea conferă la tot ce i se pare străin statutul de excluziune când e vorba de a judeca şi de

[106] Pentru o trecere în revistă a evoluției conceptului de boală şi a conceptului de patologic, precum şi a raporturilor dintre normal şi patologic în istoria medicinii, a se vedea şi G. Moutel & O. Planche, 2004.

incluziune când e vorba de a explica. Ansamblul dihotomiilor fundamentale care, în cultura noastră, distribuie de cele două părți ale limitei conformitățile şi devianțele îşi găseşte aici o justificare şi aparența unui fundament. Aceste prestigii nu trebuie totuşi să ne înşele: ele au fost instaurate la o dată recentă; posibilitatea însăşi de a trasa o linie între normal şi patologic n-a fost formulată într-o epocă mult mai veche, deoarece trebuie să-i recunoaştem absoluta noutate în textele lui Bichat, la cotitura dintre secolul al XVIII-lea şi secolul al XIX-lea. Oricât de ciudat ar părea, lumea occidentală a cunoscut, şi asta vreme de milenii, o medicină care se întemeia pe o conştiință a bolii în care normalul şi patologicul nu reprezentau categoriile fundamentale" (M. Foucault 2003: 23, *Biopolitică şi medicină socială*).

Medicina din secolul al XIX-lea, spune Foucault mai departe, în aceeaşi lucrare „a crezut că poate stabili ceea ce s-ar putea numi normele patologicului; ea a crezut că poate recunoaşte ceea ce oriunde şi oricând ar trebui să fie considerat ca boală; ea a crezut că poate să diagnosticheze retrospectiv ceea ce ar fi trebuit să fie discernut ca patologic, dar căruia i s-a acordat, din motive de ignoranță, un alt statut" (M. Foucault 2003: 33).

O importanță deosebită o are observația lui Bichat, citată de Georges Canguilhem (1985) şi anume că, distincția nu se poate aplica la nivel fizic sau chimic, ci numai la nivel vital. Doar despre organismele vii putem spune că prezintă structuri normale şi patologice sau se află în stări normale ori patologice (G. Canguilhem 1985: 156). Desigur, nu putem trece cu vederea, că este implicată aici, o viziune ontologică pluralistă şi ierarhizată cu privire la natura realității, care admite cel puțin trei niveluri (fizic, chimic şi vital).

Cum va aplica Henri Ey aceste achiziții teoretice ale medicinii somatice, în psihiatrie? El introduce în cadrul concepției sale teoretice, ipoteza corpului sau a organismului psihic (J. Garrabé, 1996) care nu este nici identic, dar nici diferit de corpul fizic (nici imanent, nici transcendent, ci emergent), pe care îl conține şi îl depăşeşte (H. Ey, 1975).

Modelul ontologic al ființei umane va fi unul pluralist, în care putem distinge, alături de fizic, chimic şi vital, un nou nivel ontologic – nivelul psihic, în esență socio-cultural (H. Ey et al. 1967). La acest nivel ontologic al modelului multistratificat al ființei umane, Henri Ey ***va postula o diferență între normal şi patologic,*** care va fonda propriu-zis Psihiatria ca ştiință medicală, diferită însă de medicina somatică, pentru care distincția între normal şi patologic se aplică la nivel vital (H. Ey et al. 1967). Boala psihică va fi deci, în organo-dinamism, mai umană decât boala somatică, fără să înceteze totuşi de a rămâne o somatoză, adică o dezorganizare a organizării corpului (H. Ey, 1981).

Care este, propriu-zis, *natura raporturilor dintre normal şi patologic*? Această întrebare şi-o va pune Georges Canguilhem (1966) în teza sa de doctorat în medicină, referindu-se la medicina somatică. În istoria concepțiilor medicale, de după Xavier Bichat (1800), Canguilhem distinge două mari poziții teoretice privind natura raporturilor dintre normal şi patologic:

I.omogenitate şi diferență cantitativă;

II.heterogenitate şi diferență calitativă (G. Canguilhem, 1966).

Aceste două mari poziții teoretice în istoria medicinii, pornesc de la două principii diferite:

I. principiul lui Broussais sau „dogma patologică a secolului al XIX-lea", cum o numeşte G. Canguilhem. Acest principiu afirmă că „există o **omogenitate** şi o **continuitate** între **normal şi patologic**" (G. Canguilhem 1966: 12)

II. principiul susținut de J. H. Jackson, K. Goldstein, G. Canguilhem, H. Ey conform căruia există o **heterogenitate** între **normal şi patologic**. Se susține *diferența calitativă* (alterarea) şi nu numai *diferența cantitativă* între funcțiile în starea de sănătate şi cele din starea de boală. Starea de boală este o stare nouă a organismului, caracterizată prin alte norme, inferioare din punct de vedere vital, alte constante normale, lipsite însă de normativitate[107]. La rândul său, Canguilhem (1966) va adopta cea de a doua poziție. În ceea ce îl priveşte, Henri Ey, este bine informat în legătură cu cercetările lui Canguilhem şi de asemenea, este un bun cunoscător al operei lui Kurt Goldstein, unul din precursorii teoriei lui Canguilhem.

Prin urmare, Henri Ey va adopta ceea ce am putea numi **„teoria Goldstein-Canguilhem"** cu privire la *raporturile dintre normal şi patologic*. Dovadă în acest sens, stau textele sale, dedicate acestei probleme (e. g. *Études psychiatriques* vol. II, H. Ey 1963 etc.). În capitolul din *Die Psychiatrie der Gegenwart* (H. Ey 1963) scris de Henri Ey şi consacrat prezentării teoriei sale psihiatrice, găsim următoarele: „Căci, într-adevăr – şi mă gândesc din nou la atâtea lucrări şi reflecții importante, mai ales la cele ale lui G. Canguilhem şi H. Muller-Suur – boala mintală este nu doar o abstracție ci o realitate, fiind o deviație calitativă de la „tipul normal" de om. Şi nici un sens nu poate fi dat ca singură cauză a acestei deviații de sens" (H. Ey 1963: 752).

TEORIA DESPRE SĂNĂTATEA MINTALĂ ÎN ORGANO-DINAMISM

Există o serie de continuități şi discontinuități între definițiile adoptate cu privire la sănătatea mintală şi a raporturilor dintre normal şi patologic, în diversele etape ale gândirii lui Henri Ey:

- Sănătatea mintală ca supraviețuire a părților intacte ale psihismului – definiție preluată de la Jackson (cf. H. Ey, J. Rouart 1936)
- Sănătatea mintală ca libertate individuală (H. Ey 1948, 1960, 1963, 1969, 1973, 1975, 1981)
- Sănătatea mintală ca stăpânire de sine, ca o „conținere" (H. Ey, 1963)
- Sănătatea mintală ca normativitate (H. Ey 1960 *Manuel de Psychiatrie*, 1969 *La Conscience*, 1973 *Traité des hallucinations*, 1981 *Naissance de la Médecine*).
- Sănătatea mintală ca raționalitate (H. Ey 1966 *L'Inconscient,* 1969 *La Conscience*).

[107] A se vedea G. Canguilhem (1966: 23, 25-26, 66, 67).

SĂNĂTATEA MINTALĂ ÎN PERIOADA JACKSONIANĂ

Distincţia *normal / patologic* pe *axa voluntar / involuntar* la J. H. Jackson este în mod fundamental legată de adoptarea de către acesta a anumitor concepte şi a unor poziţii teoretice:

- Aplicarea ideii de evoluţie la sistemul nervos; adoptarea cuplului conceptual *evoluţie–disoluţie*, propus de Herbert Spencer;
- Adoptarea conceptului de *leziune-descărcare* alături de cel de *leziune distructivă*;
- Adoptarea principiului patogenic al lui F. E. Anstie[108] – ideea de *scăpare de sub control*;

Aceasta face ca sănătatea mintală să fie definită de către Jackson astfel: „Conduita şi gândirea, normale, ale fiecărei persoane sunt sau semnifică supravieţuirea stărilor celor mai convenabile, din ceea ce am putea numi nivelul cel mai înalt al centrilor săi superiori, nivelul cel mai înalt al evoluţiei sale" (J. H. Jackson, citat în H. Ey 1975: 92).

Putem spune că, în perioada neo-jacksoniană, Henri Ey adoptă această concepţie despre sănătatea mintală propusă de J. H. Jackson în *„Factors of Insanity"* (1895), text tradus şi comentat de către Henri Ey, împreună cu Julien Rouart în *L'Encéphale* (1936, vol. I, nr. 5, vol. II, nr. 1, 2) şi reluat în Monografia din 1975.

Menţionăm aici că acest model al „scăpării de sub control" şi al *trecerii de la voluntar la automat*, stă şi la baza unei concepţii elaborate mai târziu (în *Études psychiatriques* vol. I) deja în perioada organo-dinamistă. Este vorba de sănătatea mintală ca libertate individuală în raport cu care boala mintală reprezintă o pierdere a libertăţii. Începând cu această perioadă, Henri Ey va începe să spună că, patologia psihiatrică nu este altceva decât o patologie a libertăţii. Iată, spre ilustrare, un fragment din Henri Ey:

„*Nebunia* (alienarea Eului ca alienare a experienţei sale sensibile) *este implicată atât în construcţia dinamică a Personalităţii cât şi în structura dinamică a Conştiinţei*. Bolile mintale – aşa cum vom vedea – nu sunt altceva decât imaginea inversată a acestei evoluţii. Şi acesta este şi sensul pe care trebui să-l dăm marelui gând al lui Jackson când acesta ne spune că *boala nu creează ci doar 'eliberează'* infrastructurile fiinţei. În mod cert, această 'eliberare' reprezintă contrariul libertăţii, întrucât dezintegrarea fiinţei psihice înseamnă căderea sa (care nu este 'liberă' decât în sensul de 'cădere liberă a corpurilor' pe care o studiază fizica) în inconştient, imaginar şi arhaic" (H. Ey 1963: 73).

Remarcăm opoziţia dintre *libertate* şi *eliberare*. Exprimat astfel, reîntâlnim raportul de mai sus, în opoziţia dintre *autonomie* şi *automatism* care, aşa cum precizează Henri Ey în tabloul conceptelor-cheie din *Traité des hallucinations* reprezintă „dintre toate cuplurile antinomice, cea mai radical contradictorie" (1973: 1435).

[108] Conform acestui principiu patogenic, leziunea eliberează, nu creează.

CONCEPȚIA DESPRE SĂNĂTATEA MINTALĂ ÎN PERIOADA ORGANO-DINAMICĂ

Comentând teza I a concepției organo-dinamice, numită *teza psihologică*, ce susține că boala psihică este imanentă structurii psihicului, Henri Ey spune: „Astfel, prin stabilirea acestei prime teze, este garantat, prin opoziție cu cel al bolii mintale, domeniul libertății umane. [Libertatea] omului normal constă în a se smulge profunzimilor şi exigențelor instinctive şi automate ale ființei sale. Dacă putem spune că toți oamenii sunt nebuni, acest lucru nu ar putea avea alt sens decât că ei *conțin* toți, ca o presantă virtualitate încorporată în structura ființei lor, o exigență de irealitate şi de imaginar căreia nu îi pot rezista decât prin însăşi organizarea conştiinței şi a persoanei lor" (H. Ey 1963: 734).

Teza II ne arată că boala are un caracter esențialmente negativ sau regresiv. Boala produce disoluția sistemului organizat ierarhic care este psihismul (corpul psihic). *Procesul somatic generator* este negativ în efectele sale directe. Astfel apar simptomele negative de deficit. După o perioadă de latență, pe care Ey o va denumi „*écart organo-clinique*" (distanța organo-clinică), intră în funcțiune structurile psihice inferioare, care au rămas neafectate de procesul patologic. Se produce astfel, o invazie a Ics şi imaginarului care vor constitui partea pozitivă (simptomele pozitive) a tabloului clinic.

În subcapitolul special dedicat teoriei formării simptomelor în bolile psihice, din volumul I al *Études psychiatriques*, vedem cum se aplică distincția normal / patologic în geneza simptomelor. În primul rând, trebuie stabilit că ne aflăm pe *axa voluntar-involuntar (automat).* Se aplică *principiul patogenic al lui Anstie* preluat de către Jackson şi transpus apoi în Psihiatrie de către Henri Ey (1936). Se aplică de asemenea, observația lui Jackson că, în ceea ce priveşte funcțiile psihice, disoluția produce atât o regresiune capacitară cât şi o involuție spre un nivel inferior, al personalității (H. Ey 1975: 99 nota 8).

Henri Ey ne indică foarte clar faptul că ideea de *regresiune capacitară* trebuie înțeleasă ca „un fel de scăpare de sub control, o emancipare față de factorii de adaptare superioară ai gândirii şi acțiunii" (H. Ey 1975: 98 nota 8).

Sănătatea mintală ca stăpânire de sine, ca o „conținere"

Corelată (din punct de vedere logic dar şi fiziologic şi psihologic) cu ideea de boală mintală ca scăpare de sub control, este ideea, de o mare importanță pentru concepția organo-dinamică, de conținere[109]. Conform acestei idei, omul sănătos este cel care se „conține". *Stăpânirea de sine* se opune scăpării de sub control. În acest fel, modelul biocontrolului este transpus în plan psihologic, „la maîtrise de soi" fiind o proprietate fundamentală a caracterului la adult (cf. H. Ey 1983: 305-306):

„… că ordinea dezvoltării, a formelor progresive ale construcției Eului se sfârşeşte odată cu „maturarea" sa, dar, că, totodată, acum se asigură o perspectivă nesfârşită „maturității". Maturitatea este înțeleasă aici, în esență, sub forma de *caracter*. Caracterul se

[109] A se vedea cele trei sensuri ale termenului *conținer*e, în H. Ey 1963.

instituie nu la începutul, ci, la sfârşitul ontogenezei Eului. Ca dezvoltare a personalităţii, el este o desfăşurare temporală care constituie istoricitatea cuiva, „stilul;" său, istoria sa" (H. Ey 1983: 306).

Din punct de vedere ontogenetic, „această înstăpânire de Sine printr-un caracter dobândit, nu dat, nu poate fi descrisă doar ca o simplă fază a unei autoconstrucţii bazale a Eului, ci trebuie înţeleasă ca anunțând istoria propriu-zisă a persoanei" (op. cit. p. 305).

În planul evaluării clinice, acest aspect se traduce prin evaluarea maturităţii (alături de inventarul funcţiilor psihice, aşa cum se precizează în Monografia din 1975, p. 141).

Sănătatea mintală ca raționalitate – persistența unei concepţii ţinând de paradigma alienării mintale

Prezentăm în cele ce urmează, câteva citate care credem că ilustrează foarte bine teza noastră şi anume că, în definiţia globală a sănătăţii mintale în organo-dinamism, persistă o componentă ce ţine de perioada alienării mintale din istoria psihiatriei moderne. Este vorba de aplicarea distincţiei *normal / patologic* pe *axa raţional / iraţional* şi definirea bolii mintale prin iraţionalitatea sa. Iată textele lui Henri Ey:

•„*Modalităţile fiinţei inconştiente*. – Procesele inconştiente sunt atemporale în sensul că ele se derulează sau se rulează în afara categoriilor spaţio-temporale care constituie legile de organizare a conştiinţei şi istoricitatea dezvoltării Eului. De asemenea, fenomenele insonştiente se leagă sau se aglutinează în afara oricărei coerenţe logice (*inconştientul prelogic sau magic*). Ele sunt rebele în special faţă de categoriile contradicţiei şi în locul lor „preferă" ambiguitatea şi ambivalenţa. Prin aceasta, *Inconştientul* este focarul oricărei iraţionalităţi" (H. Ey 1966: 265 *L'Inconscient*-VI e *Colloque de Bonneval*).

•„Pentru a nu fi o impostură sau o iluzie, psihiatria *trebuie* să considere maladiile mentale pentru că ele sunt dezorganizări ale fiinţei noastre conştiente, atingând la om zonele profunde ale alcătuirii lui care scapă acţiunii principiului realităţii, Raţiunii practice şi teoretice ce îi permit să ajungă la libertate" (H. Ey 1983: 408).

•„Şi totuşi maladia mentală este o realitate, şi încă una dură. Nu există ea la omul care este stăpânit de propriile fantasme, de „visele" sale, adică de Inconştientul său şi a cărui construcţie a fiinţei sale conştiente este precară? Însă maladia mentală nu depinde, pentru a-i stabili realitatea, numai de referirea la *raţionalism*, adică la înţelegerea umanităţii definite prin raţiune, ca în secolul luminilor, când purtătorii de *iraţional,* ca şi poeţii dealtfel, erau îmbarcaţi într-o „Corabie a nebunilor", ci şi de realitatea factorilor culturali şi istorici. Recunoaştem aici teza lui Michel Foucault (*Folie et Déraison, Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Plon 1961). În această lucrare, atât de documentată şi bazată pe o profundă reflecţie, Foucault expune motivele pentru care trebuie ţinute în echilibru nesocotinţa şi raţiunea, sau acordată o mai mare atenţie acesteia din urma. Dacă o concepţie psihiatrică mecanică şi inumană riscă reproşul unei obiectualizări magice, „justificată" dealtfel de necesităţi sau de prejudecăţi socio-juridice, psihiatria bazată pe studiul concret al variaţiilor

patologice ale organizării fiinţei noastre conştiente (şi nu numai pe facultatea imaginaţiei pe care, din fericire, oamenii o poartă în ei ca un geniu al umanităţii) care are ca obiect al teoriei şi practicii sale schimbările conştiinţei determinate de dezorganizarea ei, poate avea suficiente motive să nu se considere o iluzie, iar maladia mentală să fie socotită că are realitate. Cu alte cuvinte, psihiatria, contrar unor „spirite frumoase" care îşi spun, luându-le în derâdere astfel, „suflete frumoase", fundează, prin specificul obiectului său, libertatea omului, Raţiunea sa. Ea este, într-adevăr, astfel, întrucât oamenii sunt, în general, raţionali, iar numai unii dintre ei sunt nebuni. Psihiatria ne trimite în mod necesar la modalităţile normative ale fiinţei noastre conştiente, prin intermediul dezorganizării câmpului conştiinţei şi a Eului, de care depinde „negativitatea" tulburărilor mentale, iar nu numai la modalităţile experienţei şi ale existenţei care fomează „pozitivitatea" a ceea ce mai rămane în cadrul modalităţilor psihopatologice posibile" (H. Ey 1983: 411).

•„Avem astfel în faţă scopul urmărit de noi continuu şi cu eforturi de a restaura fiinţa noastră conştientă în funcţia sa reală. Unii ne vor reproşa un exces de *raţionalism*, alţii – un *naturalism* naiv, iar cei care vor rămane – o poziţie *spiritualistă*. Însă cum se va putea sesiza conştiinţa omului, care e raţiunea acestuia încorporată în creierul său şi care tinde către libertatea existenţei sale, fără a se ţine seama de întrepătrunderea perspectivelor cerute de aceste trei niveluri de alcătuire ale omului? Nu e vorba aici de a juxtapune aceste perspective din care să rezulte un eclectism prudent şi respingător, ci de articularea lor în însuşi sistemul organizării vieţii noastre psihice. Dacă psihiatrul are ceva de spus despre *Conştiinţă* – şi are, fără îndoială – el nu poate să o considere decât ceea ce ea este, adică *Raţiune*, întrucât *Nebunia*, pe care el îşi propune să o vindece, este opusul conştiinţei omului" (H. Ey 1983: 412).

Sănătatea mintală ca normativitate[110]

În mai multe din textele sale, Henri Ey arată că, pentru psihiatru, în calitate de medic şi om de ştiinţă, *criteriile culturale* nu sunt suficiente, ci trebuie aplicate *criterii ştiinţifice* de evaluare a caracterului patologic al stării pacientului. Dintre criteriile ştiinţifice, Henri Ey respinge criteriul mediei statistice şi propune un nou criteriu ştiinţific de evaluare, mult mai adaptat clinicii. Este vorba de criteriul normativităţii psihice, care fusese deja teoretizat de către Georges Canguilhem (1966) însă, aşa cum spuneam anterior, pentru medicina somatică. Acest criteriu al normativităţii este aplicat de către medic structurilor psihice ale pacientului, în relaţie cu mediul înconjurător al acestuia şi cu solicitările pe care mediul respectiv le exercită asupra structurilor respective şi în general asupra corpului psihic al pacientului. De aici insistenţa lui Ey asupra ideii că psihiatria se ocupă cu patologia vieţii de relaţie, întrucât, a fi normativ nu se poate enunţa cu privire la un individ (organism sau persoană) în sine sau pentru mediu în sine ci numai despre sistemul

[110] A se vedea H. Ey: 1960 *Manuel de Psychiatrie*, 1969 *La Conscience*, 1973 *Traité des hallucinations*, 1975 *Des idées de Jackson à un modèle organo-dynamique en psychiatrie*, 1981 *Naissance de la Médecine*.

format de individ şi mediu în interacţiune, iar la nivelul structurii psihice, sistemului format din acea structură şi mediul specific cu solicitările sale tipice.

În acelaşi timp, orice structură psihică se caracterizează printr-o tensiune între două forţe opuse : Conştiinţa şi Inconştientul.

În *starea de sănătate*, Inconştientul este inhibat de către Conştiinţă, iar acestea două sunt bine diferenţiate prin *funcţia thetică a conştiinţei*. Se impune deci evaluarea funcţiei thetice a conştiinţei.

În *starea patologică*, Inconştientul scapă de sub controlul inhibitor al Conştiinţei şi reacţionează la solicitările mediului. Această reacţie va fi inferioară celei normale. Dacă *funcţia thetică a Conştiinţei* se păstrează, pacientul va fi conştient de inconştienţa sa, percepând reacţia sa ca pe o iluzie sau o eroare. Dacă *funcţia thetică a Conştiinţei* nu este păstrată, pacientul va fi mai mult sau mai puţin inconştient de inconştienţa sa şi va considera, în mod eronat, că reacţia sa a fost una adecvată şi eficace. El nu va avea conştiinţa bolii sale. Henri Ey atrage atenţia asupra tendinţei de a exagera în ceea ce priveşte lipsa de conştiinţă a bolii în cazul bolilor psihice. El vorbeşte de „mitul bolnavului care se ignoră” (H. Ey, 1981), arătând că acest lucru este adevărat doar în cazuri severe de descompunere psihotică sau demenţială a corpului psihic.

Pentru Henri Ey: „normativitatea unui om este diferită de norma statistică, aşa cum diferite sunt noţiunile de distanţă statistică şi de conformitate (sau conformare) la regulile şi modurile de existenţă capabile să asigure autonomia (libertatea) fiecăruia. În această privinţă, nu există nici o limită superioară a normativităţii. Din contră, există o limită inferioară şi statistică a normalităţii (de exemplu, coeficientul intelectual). Dacă aceasta poate şi trebuie să se măsoare, normativitatea nu poate fi apreciată decât printr-o relaţie intersubiectivă în care cunoaşterea psihiatrului (cunoaştere care nu este doar o pretenţie prostească nici o putere magică pe care el şi-o atribuie) joacă un rol determinant. Căci, prin definiţie, evaluarea normativităţii unui individ (estimarea libertăţii sale) a fost totdeauna codificată prin analiza clinică care, ea singură, poate valida diagnosticul şi limitele conceptuale ale maladiei mintale, în măsura în care aceasta are o structură patologică proprie, ce poate fi definită şi recunoscută în semiologia şi evoluţia sa (dacă nu chiar şi prin etio-patogenia sa)” (H. Ey et al. 1989: 67).

Semnificaţia adoptării conceptului de sănătate ca normativitate

În primul rând, frontiera dintre normal şi patologic se prezintă „pentru unul şi acelasi individ, considerat succesiv” (G. Canguilhem 1966: 119).

În al doilea rând, patologicul nu este reprezentat de absenţa oricărei norme. Boala este, încă, o normă de viaţă, însă o normă inferioară, în sensul că nu tolerează nici o deviere de la condiţiile în care ea valorează. Patologicul este expresia unei normativităţi restrânse, în timp ce sănătatea este expresia unei normativităţi crescute. Ceea ce caracterizează sănătatea este posibilitatea de a depăşi norma care defineşte normalul momentan. Omul normativ poate institui alte norme în alte condiţii de mediu. A fi într-o bună sănătate înseamnă a avea posibilitatea de a înfrunta riscuri, de a face să apară neprevăzutul.

Ideea că omul normativ este omul creator al valorilor sale, vitale sau sociale, este esențială pentru concepția organo-dinamică pentru care, persoana umană este dotată cu proprietatea fundamentală de autonomie, capacitatea de a alege şi de a institui propriile sale valori.

Patologicul nu este anormal decât pentru bolnavul care resimte această experiență ca pe un deficit de norme. Organismul bolnav şi-a pierdut capacitatea normativă (G. Canguilhem 1966: 120).

RESPINGEREA CONCEPTULUI DE NORMALITATE ŞI A VARIANTELOR SALE

Henri Ey respinge două concepții importante despre normalitatea psihică:
NORMALUL CA MEDIE STATISTICĂ

Iată două fragmente care arată clar că, pentru organo-dinamism normalul nu este media statistică:

•„Ori, tocmai pentru că Psihiatria postulează o diferență între normal şi patologic la omul, considerat, de către medic, la nivelul umanității sale şi nu numai la nivelul vitalității sale (Boerhave), „norma" nu poate absolut deloc să fie considerată ca o medie, o mediocritate sau un conformism mecanic. Ceea ce este „anormal" pentru psihiatru nu este deviația de la media statistică (deviantă sau excepție cantitativă). Un om nu este „psihopatologic" pentru că este foarte violent în apărarea ideilor sale, foarte exaltat prin credința sa, foarte genial în operele sale sau producțiile sale fantastice, foarte răufăcator prin crimele sale sau foarte scandalos prin perversiunile sale. Aceasta revine la a spune că, ideea de normă trebuie înlocuită de ideea de normativitate (cf. G. Canguilhem si F. Duyckaerts[111])" (H. Ey et al. 1989: 67).

•„Să spunem că, în această privință, noțiunea de *normă*, nu se potriveşte cu o interpretare pur „statistică", zisă încă „graduală" sau „scalară". Căci dacă între normal şi patologic există diferite grade (pe care le măsoara termometrul, metodele paraclinice, însă, de asemenea şi privirea Clinicianului care notează intensitatea reflexelor, volumul ficatului, sau chiar pacientul însuşi care se plânge ca are digestii mai dificile sau o oboseală mai mare etc.) care sunt indicele normei şi anormalului, într-un alt sens putem spune despre anomalia patologică ce constituie obiectul Medicinii, că ea are un caracter „normativ". Dacă înțelegem prin aceasta, ideea conformității față de un plan, sau față de o lege şi anume legea celei mai bune adaptări posibile (*sănătatea*), dacă putem spune că „un individ este normal în măsura în care este capabil să inventeze regulile sale de viață" (cu condiția, bineînțeles, de a extinde acest concept de invenție ca să cuprindă constituția însăşi şi evoluția organismului viu) spunem în acelaşi timp despre *boală* că ea reprezintă însuşi procesul de dezorganizare a organismului.

Faptul că dezorganizarea trimite la organizare şi reciproc (X. Bichat, Cl. Bernard), nu ne împiedică să stabilim o ordine de subordonare şi de valoare între *sănătate* si *boală* – între formele superioare şi inferioare de adaptare sau de

[111] Lucrările citate sunt: Canguilhem, G. (1943) *Quelques problemes concernant le normal et le pathologique*, 1 re édition, Ed. Clermont-Ferrand, Paris. 2. Duyckaerts, F. (1954) *La notion de normal en psychologie clinique,* Ed. Vrin, Paris.

autonomie a integronului organismic: să zicem pur şi simplu, în ceea ce priveşte Medicina umană, între corpul uman viu în integritatea organizării sale şi corpul bolnav, suferind, pe diverse niveluri ale ființei sale, o dezorganizare" (H. Ey 1963: 14).

NORMALUL CA NORMĂ SOCIALĂ SAU CULTURALĂ

Într-adevăr, organo-dinamismul îşi pune problema: în ce măsura criteriul socio-cultural al normalității psihice este relevant pentru clinica psihiatrică ? Concluzia este că, acest criteriu este util, însă în sine rămâne insuficient pentru a înțelege sănătatea mintală şi caracterul patologic, din punct de vedere organo-dinamic,[112] al comportamentelor şi conduitelor pacienților:

„Bolnavul mintal nu se defineşte ca o ființă statistic anormală sau care nu se conformează normei sociale sau politice" (cf. H. Ey *Traité des hallucinations* 1973: 1445).

„Totuşi, se continuă să se definească norma prin media proporțională cu factorii culturali, ceea ce falsifică problemă: criteriul sociologic nu este suficient să definească boala" (H. Ey et al. 1989: 67).

Iată care sunt riscurile utilizării exclusive a criteriului socio-cultural, în evaluarea pacientului psihic, în general :

- adoptarea implicită a tezei determinismului cultural al comportamentelor şi conduitelor indivizilor;
- adoptarea implicită a tezei determinismului social al bolii mintale (sociogeneza bolii mintale). Am văzut că Henri Ey vorbeşte în acest caz de o confuzie între cauzele şi efectele bolii.
- simpla deviație cantitativă este considerată patologică (H. Ey et al. 1967).

Care sunt tezele sau principiile derivabile din concepția organo-dinamică ce se opun adoptării criteriului social ? Le putem grupa astfel :

- Principiul organicității: toate bolile mintale sunt *somatoze* ;
- Teza conform căreia boala mintală are un caracter *procesual*: ea nu este nici psihogenă, nici sociogenă, nici reacționaă;
- Normalul trebuie înlocuit cu *normativul*.

Ca o concluzie la cele arătate până acum, vom prezenta mai jos, elementele-cheie ale concepției lui Henri Ey despre *raporturile dintre normal şi patologic*, precum şi despre importanța postulatului unei astfel de diferențe pentru medicină şi psihiatrie. Unul din autorii cei mai importanți care au influențat gândirea lui Henri Ey privind problematica normalității, patologicului şi al raporturilor dintre acestea, a fost Georges Canguilhem, mai ales prin lucrarea de doctorat a acestuia care a fost publicată sub titlul *Le Normal et le Pathologique* (1966).

Pentru a demonstra caracterul patologic al unei anumite tulburări psihice, este necesară postularea unei diferențe între Normal şi Patologic şi adoptarea unei teorii ştiințifice cu privire la ceea ce reprezintă propriu-zis „normalitatea" psihică. În

[112] O analiză a concepțiilor antropologice din acea perioadă (anii 1960-1977) ne permite să înțelegem mai bine argumentația lui Henri Ey în favoarea ideii că, singur, criteriul socio-cultural nu poate fi suficient pentru a fundamenta diagnosticul psihiatric, în organo-dinamism.

cadrul concepţiei organo-dinamice, noutatea constă în aceea că este adoptată, aşa cum spuneam mai sus, o teorie particulară cu privire la sănătatea mintală şi anume teoria sănătății mintale ca normativitate, propusă de G. Canguilhem (1966). Aceasta teorie îi pune la dispoziţie clinicianului un nou criteriu de evaluare a pacientului psihic : *criteriul normativităţii*. Iată pe scurt această teorie:

- POSTULAT : Există o diferenţă între *Normal* şi *Patologic* (H. Ey et al. 1967);
- În cazul MEDICINII SOMATICE diferenţa se situează la *nivelul vital* al organizării corpului fizic (ibidem);
- În cazul PSIHIATRIEI diferenţa se situează la *nivelul uman* al organizării persoanei umane (nivelul psihic sau socio-cultural) – (ibidem);
- În ce constă această diferenţă? Diferenţa este **pur cantitativă** sau este şi **calitativă** ? (G. Canguilhem, 1966). Care este raportul între Normal şi Patologic: *omogenitate şi diferenţă cantitativă* sau *heterogenitate şi diferenţă calitativă* ? Canguilhem descrie cele două mari poziţii şi şcolile de gândire respective (op. cit.);
- Problema este reluată de către Henri Ey în cazul PSIHIATRIEI, (e.g. H. Ey, 1963; H. Ey, 1975);
- Concepţia despre **normalitate**: G. Canguilhem (1966) – a fi normal este diferit de a fi sănătos; **sănătatea** trebuie echivalată cu normativitatea biologică în cazul patologiei somatice; Henri Ey preia această concepţie despre ***normativitate*** şi o aplică în Psihiatrie (e. g. H. Ey et al.1967, H. Ey 1981);
- Postulatul diferenţei între Normal şi Patologic *fundamentează*: **diagnosticul medical, prognosticul, terapia**;
- În ce constă acest fundament pentru diagnostic? – argumentaţia lui Henri Ey porneşte de la afirmaţia: **nu toţi oamenii sunt bolnavi, ci numai unii dintre ei** (H. Ey, 1963).

TEORIA DESPRE PATOLOGIE ÎN ORGANO-DINAMISM

PATOLOGIE GENERALĂ ŞI PATOLOGIE SPECIALĂ

După cum se precizează în introducerea unui celebru tratat de patologie[113] destinat studenţilor în medicină, „Patologia înseamnă literal studiul (*logos*) suferinţei (*patos*). Mai specific, este o disciplină de graniţă, implicând atât ştiinţele fundamentale cât şi practica clinică şi este dedicată studiului modificărilor structurale şi funcţionale în celule, ţesuturi şi organe, modificări care stau la baza bolilor. Prin utilizarea tehnicilor moleculare, microbiologice, imunologice şi morfologice, patologia încearcă să răspundă la întrebările de ce, pentru ce şi unde, în cazul semnelor şi simptomelor manifestate de pacienţi, în acelaşi timp furnizând o bază solidă pentru o îngrijire clinică şi o terapie raţionale. Tradiţional, studiul patologiei se divide în:

[113] Cotran, R, Kumar, V, Collins, T (1999). *Robbin's Pathologic Basis of Disease*, sixth edition, W. B. Saunders Company, Philadelphia, *Introduction to pathology*, pp. 1-2.

- patologia generală[114]
- patologia specială sau sistemică

Patologia generală se ocupă cu reacţiile de bază ale celulelor şi ţesuturilor la stimuli anormali, reacţii care stau la baza tuturor bolilor.

Patologia specială examinează răspunsurile specifice ale organelor şi ţesuturilor specializate la stimuli mai mult sau mai puţin bine definiţi (op. cit. pp. 1-2).

PROCESUL DE BOALĂ

Cele patru aspecte ale unui proces patologic, care formează nucleul patologiei, sunt:

a. cauza sa (**etiologia**);
b. mecanismele dezvoltării sale (**patogeneza**);
c. alterările structurale induse în celulele şi organele corpului (**modificările morfologice**);
d. consecinţele funcţionale ale modificărilor morfologice (**semnificaţia clinică, semiologică**) – (Cotran R. et al. 1999: 1).

Pornind de la această sistematizare a componentelor *procesului patologic*, făcută de Cotran R. et al. (1999), vom prezenta componentele teoriei organo-dinamice cu privire la etiologie, patogenie şi semiologie[115].

TEORIA ETIOLOGICĂ

În *Étude No.2* Henri Ey expune concepţia sa generală despre etiologie în ştiinţele medicale, subliniind importanţa egală pe care o au cele două coordonate ale cauzalităţii bolii: *determinismul şi finalitatea*:

„...revenim la punctul nostru de plecare cu privire la aspectul filosofic al medicinii ca ştiinţă biologică. Am văzut că orientarea generală a acestei ştiinţe tinde s-o facă să abandoneze conceptele de *cauzalitate mecanică* pentru a reveni la o *cauzalitate „internă”* mai exact „vitalistă şi umanistă”. Ea nu poate, totuşi să ajungă la o concepţie despre boală care ar reduce-o la a nu mai fi decât o voinţă de moarte, fără ca să renunţe la toate achiziţiile pe care le datorăm anatomiei patologice, chimiei, fizicii, microbiologiei etc. Trebuie deci să recurgem la o *formă „multidimensională”* şi într-o anumită măsură, *„complementară”* a cauzalităţii în patologia umană. Fenomenele morbide se înscriu, într-adevăr, pe o dublă coordonată, *determinismul* (chiar dacă nu este decât relativ determinat) *naturii* şi *finalitatea organismului* în totalitatea sa psihosomatică. Dacă medicina secolului al XIX-lea nu lua în considerare decât determinismul naturii care făcea din medicină o

[114] Aşa cum arată Al. Ursu şi Florica Moţoc: « Procese de îmbolnăvire pot apărea în timpul vieţii intrauterine, caracterizându-se în special prin monstruozităţile şi anomaliile cu care se naşte copilul (Teratologie). Procesele de îmbolnăvire din timpul vieţii extrauterine se încadrează în Nosologie. Teratologia şi Nosologia constituie Patologia propriu-zisă care se studiază atât clinic cât şi morfopatologic » (Ursu, Al., Moţoc, Fl. 1969: 9)

[115] Vom lăsa de o parte aspectele *morfo-patologice*, care pot fi găsite în (H. Ey et al. 1989) în cadrul unui capitol special.

„Ştiinţă naturală”, dacă medicina secolului al XX-lea are tendinţa (fără ca, dealtfel, această tendinţă să fie generală şi exclusivă) să nu considere decât „sensul maladiei” ceea ce transformă medicina în antropologie, se pare că, solicitată la fel ca în timpurile lui Hipocrate între Cnidos şi Cos, ea trebuie să găsească linia progreselor sale, în echilibrul acestor două tendinţe, care sunt precum contrariile pe care are misiunea de a le concilia” (H. Ey 1952: 49).

Vorbind apoi despre definiţia bolii psihice în *Étude* No. 4, Henri Ey abordează problema pe care o pune distincţia între fizic şi moral, şi pe care el o numeşte „dilema psihiatricidă”. Oricare variantă am alege *„boala are doar cauze fizice”* sau *„boala are doar cauze morale”*, am risca să dizolvăm obiectul însuşi al Psihiatriei care este boala mintală. De fapt, aşa cum am arătat anterior, în Monografia din 1975 se arată că *obiectul Psihiatriei este dublu: Boala şi Psihoza (structura psihopatologică).*

Pentru Henri Ey boala psihică este condiţionată de un *proces somatic generator* (postulatul organic, conform căruia boala psihică este o somatoză), însă nu este în întregime determinată de acesta, întrucât intervine şi *cauzalitatea psihică* (efectul forţelor psihice ale nivelului psihic restant). Acestea produc o *reorganizare a psihismului* pe un nivel inferior. Această reorganizare, această *re-evoluţie* nu depinde direct, liniar, de cauza fizică. Cauza fizică produce în mod direct numai *destructurarea organismului psihic* (cf. H. Ey 1963: 752).

În ceea ce priveşte *cauzele morale (psihologice şi sociale),* Henri Ey nu le recunoaşte primatul. El adoptă o poziţie organogenetică radicală[116]. Factorii *psiho* şi *socio* au rol în întreţinerea sau agravarea bolii, în măsura în care individul bolnav nu se mai „adaptează” la stilul său anterior de viaţă şi la mediul social din care face parte.

Respingerea distincţiei exogen / endogen

Henri Ey respinge distincţia clasică între *exogen* şi *endogen* (i.e. psihoze exogene şi psihoze endogene) pe care o consideră artificială. Asupra acestei chestiuni revine în mai multe rânduri. Iată un exemplu în acest sens, din textul său publicat în *Die Psychiatrie Der Gegenwart*: „Abandonând un anumit număr de distincţii artificiale (mai ales cea dintre psihoze endogene şi exogene) şi păstrând, dimpotrivă, analizele clinice, cele mai valabile ale înaintaşilor noştri, avem în faţa noastră un câmp vast de acţiune. Dar, cu condiţia, conformă cu ipoteza noastră, de a respinge atât noţiunea de entităţi, cât şi ideea că nu există specii structurale de boli mintale” (H. Ey 1963: 758).

La pagina 212 din *Manuel de Psychiatrie* (H. Ey et al.1967) regăsim aceeaşi temă, în cadrul unui fragment unde, autorii mai degrabă expediază problema decât o explică. La pp. 677-679 din aceeaşi lucrare, se aduc alte precizări cu privire la etiologia şi patogenia bolilor psihice, precizări care se constituie în argumente împotriva unei distincţii de tipul exogen (simptomatic) vs endogen (constituţional)[117].

---

[116] Vezi în acest sens şi analiza concepţiei etio-patogenice a lui Henri Ey, pe care o fac Sivadon şi Duchêne în tratatul de psihiatrie din EMC (1955: 6, fasc. 37960 A[10])

[117] A se vedea şi H. Ey 1996 : 353-355.

Respingerea sociogenezei bolii mintale

În respingerea teoriei sociogenezei în etiologia bolilor mintale, Henri Ey invocă eroarea care se face adesea în teoriile socio-psihogenetice: *confuzia efectelor cu cauzele*. Pentru Henri Ey „circumstanţele mai mult sau mai puţin dificile şi traumatizante apar mai degrabă ca efecte decât în calitate de cauze veritabile” (H. Ey 1996: 273). Această teză pare să fie confirmată de studii recente de genetică a comportamentului. Aceste studii arată că, indivizii cu anumite configuraţii genetice, tind să-şi selecteze mediile în care trăiesc. Unii selectează medii marginale, dificile, extrem de violente, traumatice, unde predispoziţia la agresivitate şi devianţa sunt mari.

Aceeaşi poziţie o adoptă Ey şi în alte texte dedicate respingerii sociogenezei bolii mintale (e. g. H. Ey 1975: 1975). Argumentaţia sa se înscrie într-o tradiţie a clinicii franceze care, încă de la începuturile sale, atrăgea atenţia medicilor de a evita confuzia între cauzele şi efectele bolii mintale. Îl amintim aici pe E. Esquirol (1838: 77) care arăta că primele semne vizibile ale bolii sunt uneori confundate cu cauzele bolii, ele fiind însă efecte ale ei.

Respingerea ideii de cauză unică, specifică

Analiza cauzală la Henri Ey ia adesea forma unei analize a condiţiilor necesare şi suficiente[118], eliminându-se astfel ideea de cauză determinantă, liniară, unică, de tip mecanicist. În *medicina somatică*, respingerea ideii de cauză externă, unică şi a ideii de specificitate etiologică, s-a făcut din mai multe direcţii. Iată ce spun Bariéty şi Coury în legătura cu această problemă:

„Descrierea şi clasificarea bolilor nu-şi dobândesc întregul lor interes decât în măsura în care se cunoaşte *cauza proprie* fiecăreia din aceste stări patologice. Pierre Fidèle Bretonneau (1778-1862) a avut meritul de a afirma că *fiecare boală are o cauză particulară şi care îi provoacă atât simptomele cât şi leziunile*. Pentru a proclama această *dogmă a specificităţii etiologice* care va cunoaşte un mare succes începând cu a doua jumătate a secolului al XIX-lea, Bretonneau s-a aplecat iniţial asupra studiului atent al leziunilor în evoluţia a două boli: „dotienterita”(1818) numită astăzi febră tifoidă şi „difterita” (1826), numită astăzi difterie.

Larg difuzată de elevii săi, chirurgul Alfred Velpeau (1795-1867) şi clinicianul Armand Trousseau (1801-1867), concepţia lui Bretonneau a cunoscut un succes considerabil; ea a căpătat chiar statutul de dogmă ce satisfăcea în sfârşit, spiritul de cauzalitate atât de drag savanţilor epocii; la mai puţin de 50 de ani mai târziu, bacteriologia îi aducea confirmarea în domeniul bolilor infecţioase.

La origine, această doctrină s-a lovit, totuşi, de opoziţii puternice. În Franţa, François Broussais (1772-1838) şi discipolii săi, pretindeau reducerea ansamblului manifestărilor morbide, neţinându-se cont de cauza provocatoare, la un proces

[118] Respingerea concepţiei humeene a cauzalităţii, în favoarea unei analize condiţionale, în ştiinţa modernă, este amintită şi de G. H. Von Wright (1995).

elementar comun de iritație gastro-intestinală; aceasta ar fi avut drept consecință o stare de „flegmazie". Altfel spus, de inflamație nespecifică.

Astfel de reacții nespecifice există efectiv; descoperirea anafilaxiei (1902) de către Ch. Richet (1850-1935) şi Paul Portier (1866-1962), apoi cea a bolilor prin sensibilizare studiate în special de Fernand Widal (1862-1929) şi şcoala sa, i-au adus probele. Mai recent, punerea în evidență a rolului sistemului neuro-vegetativ în anumite toxiinfecții (Reilly, 1930), noțiunile de „sindrom de adaptare" (Selye, 1946) şi de „boli de sistem" consecutive unei tulburări imunologice (Klemperer, 1942; Hargraves, 1949) au repus de asemenea în valoare rolul patogenic propriu al reacțiilor inflamatorii" (M. Bariéty, Ch. Coury 1971: 86)

În *psihopatologie,* o critică severă a ideii de cauză determinantă unică de tip humeean, se întâlneşte la Karl Jaspers (1963, cap. IX, X, XI). Teoria etiologică a lui K. Jaspers, pe care o vom expune mai jos, prefigurează concepția etiologică a lui Henri Ey. În cadrul părții a III-a a tratatului *General Psychopathology* (cap. IX, X, XI), Jaspers prezintă o analiză a cauzalității aşa cum ar trebui înțeleasă şi aplicată faptelor psihopatologice. "Relația cauzală leagă împreună două elemente, *cauza* şi *efectul* (p. 451). Cauzalitatea simplă, unidirecțională, este obscură, plină de dificultăți. Între cele două serii de fapte (cauza şi efectul) se interpun întotdeauna un număr infinit de evenimente intermediare. Efectul nu apare întotdeauna ci numai cu o mai mare sau mai mică frecvență (un minimum pentru a permite relația cauzală). O astfel de gândire cauzală are o serie de consecințe: 1) acelaşi fenomen are un număr de cauze, fie simultan, fie cu diferite ocazii; 2) necesitatea de a căuta cauzele intermediare. Căutăm cauzele intermediare pentru a trece de la cauzele distale, externe (primele care sunt evidente) la cauzele imediate, directe (p. 451); 3) conceptul de "cauză" este echivoc. El poate cuprinde condiționarea, datorită unor circumstanțe de durată, factorii precipitanți şi forța care are efectul decisiv. Se impune deosebirea clară în cadrul discursului ştiințific între "vorbirea despre cauze" şi "cunoaşterea cauzelor", precum şi evitarea erorii de tip "post hoc ergo propter hoc" (p. 452).

O distincție importantă pe care o face K. Jaspers este cea dintre cauzalitatea mecanică şi cauzalitatea biologică. Pentru a depăşi dificultățile determinate de natura echivocă a conceptului de cauză, de indeterminarea şi contradicțiile pe care le generează, K. Jaspers recomandă schimbarea completă a stilului de gândire, prin trecerea de la un *cadru conceptual mecanic* (mecanical framework) la un *cadru biologic* (biological framework) pentru studiul relațiilor cauzale (p. 452)[119]. În acest context, o altă distincție care se impune, este cea dintre *mecanism* şi *organism*. Cauzalitatea uniliniară, spune Jaspers (p. 452), este o categorie inevitabilă a apercepției cauzale, însă ea nu epuizează posibilitățile vieții. Evenimentul viu este o interacțiune infinită a unor *cicluri de evenimente* care, morfologic, fiziologic şi genetic sunt unități configuraționale complexe (p. 453). Viața, spune mai departe Jaspers, face într-adevăr uz de mecanisme (şi cunoaşterea cauzală a organismelor vii trebuie să ducă la înțelegerea acestor mecanisme) dar mecanismele în sine sunt create de către viață, condiționate de viață şi transformabile.

[119] Acest principiu cu valoare metodologică stă şi la baza concepției mai recente a lui Erik Kandel, care folosind datele cercetărilor moderne din biologie, prezintă un *model cauzal biologic al bolilor psihice* (E. Kandel, 2002).

O afirmație foarte importantă o face Jaspers când spune că: ”influențele externe asupra organismului acționează asupra unor mecanisme parțial predictibile” (p. 453). O altă afirmație importantă a lui Jaspers este: „activarea fiecărei boli mintale este, de fapt, foarte complexă. Cunoaşterea noastră asupra cauzelor va implica prin urmare, factori multipli, însă această multiplicitate este integrată într-o *ierarhie de cicluri interconectate”*. Se recunoaşte *natura plurifactorială a cauzalității bolii psihice*, în care intervin o serie de factori aflați la niveluri diferite.
Ce se întâmplă cu **cauza unică?** Karl Jaspers răspunde: „Ori de câte ori o singură cauză iese în evidență ca fiind cea decisivă, acest fapt devine imediat chestionabil atunci când este privit mai îndeaproape. Cauza respectivă rămâne cel mult o ”condito sine qua non” dar ea va fi rareori suficientă în sine pentru a produce fenomenul observat”. Şi aceasta deoarece: ” Fenomenul concret este o parte a unui întreg viu care nu permite niciodată izolarea unui simplu fapt, o cauză simplă care ar opera ca lovitura unei bile de biliard; ea poate fi concepută doar ca un eveniment complex având loc în cadrul unei **multitudini de factori condiționali**[120] (*conditioning factors*). ***Modelul mecanic*** trebuie înlocuit cu un ***model al unei infinite rețele vii - o vastă reciprocitate***” (K. Jaspers 1963: 453).

În acest context, al unei *analize a condițiilor necesare şi suficiente*, pe care o va face, pe urmele lui Jaspers şi Henri Ey, *factorilor sociali* le sunt rezervați, în organo-dinamism, cel mult, un rol de cauze ocazionale (H. Ey 1996: 273) întrucât, aşa cum arată Ey însuşi „...circumstanțele exterioare nu constituie decât un aspect al ‚condiționării' psihozei” (op. cit. p. 274). Prin urmare, ele pot fi condiții necesare (condiții *sine qua non*, cum spunea Jaspers) dar insuficiente pentru a determina apariția tabloului clinic[121] sau, în general, declanşarea bolii psihice.

Respingerea distincției organic / funcțional

Psihiatrul american T. A. Widiger (2000: 6-7) aduce în discuție două distincții importante pentru domeniul patologiei mintale: *distincția boli fizice / boli mintale* şi *distincția boli organice / boli funcționale* în ceea ce priveşte bolile psihice. Widiger aminteşte că DSM-IV a eliminat secțiunea din DSM-III-R dedicată tulburărilor mintale organice. El îl citează pe Spitzer (1992) care recunoaşte că „includerea acestei secțiuni a fost în mare parte un artefact istoric care a creat o distincție iluzorie între tulburările mintale organice şi funcționale”. Este citat şi E. Kandel (1998) care, la rândul său, aduce argumente în favoarea eliminării distincției organic / funcțional.

Din punct de vedere organo-dinamic, distinția organic / funcțional este de asemenea, respinsă, însă se evită riscul unei poziții reducționiste, neurologice, care nu mai face deosebirea între boala psihică şi boala neurologică. Astfel, în organo-

[120] Asupra caracterului *multidimensional* şi *complemantar* al cauzalității în patologia umană, Henri Ey revine în mai multe din scrierile sale. Exemplar în acest sens, este fragmentul din *Étude No. 2* p. 49, unde arată că « fenomenele patologice se înscriu într-o dublă coordonată, pe de o parte *determinismul naturii*, iar pe de altă parte *finalismul organismului uman* în totalitatea sa psihosomatică » (H. Ey 1952 : 49).
[121] Pentru distincția *episod / boală* vezi K. Jaspers 1963.

dinamism, se păstrează specificul patologiei psihiatrice în raport cu patologia neurologică.

Într-adevăr, pentru Henri Ey, orice boală psihică este o somatoză (conform principiului organicității bolii mintale) ea fiind produsă de un proces somatic generator. Într-o viziune ierarhică asupra organizării corpului psihic, patologia neurologică şi patologia psihiatrică nu sunt situate la acelaşi nivel ontologic. Pe întreg parcursul operei sale, Henri Ey a insistat asupra diferențelor care există între Neurologie şi Psihiatrie şi de asemenea, asupra riscurilor pe care le implică reducerea bolii psihice la o boală neurologică, chiar dacă ambele reprezintă somatoze.

Analiza conceptului de „cauzalitate psihică"

În textul său din *Die Psychiatrie Der Gegenwart* (1963: 750-751) Henri Ey, vorbind despre „structura negativă fundamentală a bolii mintale", aminteşte distincția introdusă în psihiatrie de K. Jaspers între *comprehensiune* şi *explicație* şi arată că: „Conform acestui mod de gândire care a devenit un „leitmotiv" al gândirii psihiatrice contemporane, un bolnav mintal nu este susceptibil (fără un rest care contribuie tocmai la definirea sa ca bolnav) de o *analiză comprehensivă* prin motivația psihologică" (H. Ey 1963: 750). Orice act care este motivat psihologic, are sens, este comprehensibil şi, prin urmare, rațional.

Ştim că Henri Ey consideră că omul normal, conştient, este un om rațional: „Cu alte cuvinte – psihiatria, fundează prin specificul obiectului său, libertatea omului, Rațiunea sa. Ea este într-adevăr; astfel, întrucât oamenii sunt, în general raționali, iar numai unii dintre ei sunt nebuni" (H. Ey 1983: 409).

Ey acceptă teza lui Foucault, aşa cum el însuşi mărturiseşte (H. Ey 1983: 408) care susține că „Sub figurile ordonate şi calme ale analizei medicale se află la lucru un raport dificil, în care are loc devenirea istorică: raportul între NERAȚIUNE, ca sens ultim al nebuniei şi RAȚIONALITATE, ca formă a adevărului ei[122] (M. Foucault, „*Istoria nebuniei în epoca clasică*", 1996, p. 249).

Henri Ey insistă asupra *negativității nebuniei*, a „structurii negative fundamentale a maladiei psihice" (H. Ey 1963: 750). Aceasta este o temă veche ce a preocupat deja psihiatrii din epoca clasică (sec. XVII-XVIII) aşa cum argumentează şi Foucault în Istoria nebuniei. Iată ce spune el la începutul cap. III (p. 249): „Nebunia este deci negativitate. Dar negativitatea care se oferă într-o plenitudine de fenomene conform unei bogății înțelept arajate în grădina speciilor. (p. 249).

Tot aici întâlnim şi referirea la *pozitivitatea bolii mintale* (probabil de proveniență jacksoniană aşa cum se poate deduce din lucrarea „*Boala mentală şi patologia*") asupra căreia insistă Henri Ey.

Dar definirea stării de boală prin ne-rațiune[123] este (deşi imprecisă, ca orice definiție printr-o privațiune, prin lipsă) caracteristică pentru o anumită epocă (aşa

---

[122] Asupra acestui caracter de iraționalitate al nebuniei şi asupra raportului dintre nebunie şi rațiune, Foucault revine şi în alte lucrări (de ex. *Anormalii* 2003: 124, 147, etc., *Boala mintală şi psihologia* 2000: 96, etc.).

[123] Aceasta este descrisă de Foucault în *Anormalii* (p. 138-147).

cum arătam mai sus, este vorba de *perioada alienării mintale*, cf. G. Lantéri-Laura 2003). Acest spaţiu gol este umplut cu o *iraţionalitate pozitivă* – apar instinctele (de fapt elementele care constituie conţinutul inconştientului: pulsiuni, tendinţe, automatisme, etc). Care este însă rolul *instinctului*? Iată ce spune Foucault în *Anormalii*:
„Instinctul permite, de fapt, reducerea la termeni inteligibili a acelei specii de scandal juridic care este crima fără motiv şi care ar fi, prin urmare, nepedepsibilă; el permite, pe de altă parte, transformarea pe cale ştiinţifică a absenţei de motiv a unui act într-un mecanism patologic pozitiv. Iată deci, care este, după părerea mea, rolul instinctului, această piesă în jocul angajat între ştiinţă şi putere" (M. Foucault 2003: 155).
Pentru Henri Ey intervenţia *factorilor psihologici* în cauzalitatea bolii mintale reprezintă o contribuţie esenţială a neo-jacksonismului în psihiatrie, şi o trăsătură caracteristică ce diferenţiază net, organo-dinamismul de orice concepţie psihiatrică mecanicistă. Este introdus astfel, *dinamismul forţelor psihologice* inconştiente, instinctuale şi imaginare, în structura cauzală a suferinţelor psihice, ceea ce face ca teoria lui Ey să aibă puncte de legătură cu alte teorii dinamiste din psihopatologie, în special cu psihanaliza freudiană, de care încearcă să se diferenţieze, de asemenea, prin accentul pus pe intervenţia *factorilor somatici* în etiologia bolii mintale.

Acţiunea directă şi indirectă a cauzelor asupra creierului

Psihiatria modernă stabileşte, de la început, ca un adevăr al său, că *boala mintală* (pe atunci *alienarea mintală*) îşi are sediul la nivelul creierului. Se poate vedea acest lucru şi din definiţia dată de Esquirol, în conformitate cu care, *alienarea mintală* este o afecţiune cerebrală: „Nebunia, alienarea mintală este o afecţiune cerebrală *de obicei* cronică, fără febră, caracterizată prin dezordini ale sensibilităţii, inteligenţei şi voinţei" (E. Esquirol 1838: 5).

Întrebarea se pune: *cauzele acţionează totdeauna direct asupra creierului pentru a produce boala?* Răspunsul lui Esquirol este următorul: „Cauzele alienării mintale nu-şi exercită totdeauna acţiunea direct asupra creierului; ele acţionează, de asemenea, şi asupra organelor mai mult sau mai puţin îndepărtate. Primul punct de plecare al bolii poate fi când extremităţile sistemului nervos şi focarele sensibilităţii plasate în diverse regiuni, când sistemul sangvin şi limfatic, când aparatul digestiv, când ficatul şi anexele sale, când organele de reproducere. Aici se plasează în mod natural consideraţiile privind influenţa diverselor organe, în stare fiziologică sau în stare patologică, asupra senzaţiilor, ideilor, intelectului, voinţei, pasiunilor determinaţiilor omului, atât de bine apreciate de Cabanis, Cogan, Crichton, Moreau de la Sarthe" (p. 76).

Această temă a acţiunii directe şi respectiv indirecte a *agenţilor etiologiei* asupra creierului este reluată şi de Karl Jaspers în „*General Psychopathology*" (1963: 463). Ea apare şi la Henri Ey şi are relevanţă pentru organo-dinamism.

Efectele mediului şi ale corpului asupra vieţii psihice[124]

[124] A se vedea K. Jaspers, 1963, cap. IX, p. 463.

Tot Karl Jaspers (1963) este cel care enunță un principiu de o mare valoare pentru înțelegerea relației cauzale în Psihopatologie şi Psihiatrie**:** *„Din punct de vedere cauzal toate efectele corpului asupra psihicului se realizează exclusiv prin intermediul creierului*. Noi presupunem (şi experiențele de până acum o confirmă) că nu există un efect cauzal direct al corpului asupra psihicului decât numai prin intermediul creierului (*only via the brain*). Dacă întregul corp este relevant din punct de vedere psihic, el este relevant într-un sens cauzal numai dacă există căi către creier (*pathways to the brain*), unde efectele pot să-şi găsească punctele de atac. Însă cum ar trebui să concepem startul acestor efecte asupra psihicului, acest lucru rămâne destul de obscur"[125].

În acest context, K. Jaspers face o distincție esențială: "Trebuie să separăm **efectele cauzale directe** asupra psihicului *via corp*, de **efectele indirecte** care acționează *via impresiilor semnificative* (*meaningful impressions*) exercitate asupra psihicului de către peisaje, de exemplu, de căre vreme sau climă" (p. 464).

Această distincție este cu atât mai importantă în cazul efectelor bolilor somatice (istoricul medical al pacientului) asupra psihicului. Ceea ce ne interesează este situația particulară în care **boala somatică** poate fi una din cauzele suferinței psihice prin afectarea directă a substratului fizic al psihismului în creier (p. 470).

O altă distincție se mai face între ***boli somatice ce afectează organismul*** şi ***boli organice cerebrale care afectează doar creierul*** (p. 469, 478). De aceea în explorarea **istoricului medical** se caută în *antecedentele patologice personale* existența: a) bolilor somatice medicale şi chirurgicale / ginecologice; b) suferințelor organice cerebrale (boli neurologice). Vom vedea că aceasta distincție o regăsim şi în capitolul de semiologie din Manualul lui Henri Ey (1967, 1989).

O serie de factori de mediu acționează asupra psihicului prin intermediul unor comportamente habituale sau adictive. Aici sunt incluse: fumatul, ingestia cronică de alcool, uzul şi abuzul de droguri ilicite, abuzul şi dependența de anumite medicamente (mai ales psihotrope). Aici acțiunea factorilor de mediu (substanțele respective) asupra creierului se face prin intermediul comportamentelor individului. De aceea în cadrul **anamnezei** sunt investigate şi comportamentele cu potențial de ***factori de risc*** în apariția bolii. Legat de aceste aspecte, ale influenței unor comportamente asupra stării de sănătate, am amintit anterior rezultatele cercetărilor din *genetica comportamentului* (behavior genetics). Acestea au arătat că, prin comportamentul lor, oamenii modelează şi selectează mediul în care trăiesc (Rutter, 2002).

TEORIA PATOGENICĂ

În *Traité des hallucinations* (1973), Henri Ey trece în revistă mai multe tipuri de teorii patogenice în psihiatrie: *mecaniciste, psiho-dinamice, organo-dinamice*; primele sunt denumite de Henri Ey *teorii liniare* spre deosebire de teoria organo-dinamistă care este *neliniară*. Deşi analizele sale sunt dedicate patogeniei

[125] De abia în zilele noastre descoperim mecanismele prin care factorii corporali (somatici) şi de mediu îşi exercită efectele asupra psihicului. A se vedea în acest sens articolul lui E. Kandel, 1998.

halucinațiilor, considerațiile pe care le face pot fi extrapolate la întreaga sa concepție patogenică în psihiatrie.

În ceea ce priveşte principiile patogenice fundamentale, Henri Ey ne oferă o privire istorică, în care se remarcă trecerea de la *principiul lui Broussais* la *principiul lui F. E. Anstie* şi apoi la *principiul dublei patogenii* (cheia de boltă a concepției organo-dinamice în psihiatrie, după cum mărturiseşte însuşi autorul).

Mecanismul formării simptomelor în organo-dinamism, principiul scăpării de sub control şi formarea simptomelor negative şi pozitive reprezintă o parte esențială a teoriei patogenice propuse de Henri Ey şi de aceea îi vom dedica mai mult spațiu, în cele ce urmează.

În cadrul capitolului dedicat proceselor organice generatoare de boli mintale din partea a 4-a a Manualului (1967), se pune problema naturii 'simptomatice' a maladiilor psihice şi a clasificării lor clinice şi etiologice. La pagina 678 este abordată 'problema mecanismului *patoplastic* al maladiei mintale' problemă care se reduce, în opinia autorilor, la întrebarea 'cum se formează simptomele bolii?' (cf. H. Ey et al. 1967 678). Iată acest text:

„Nu pare posibil să admitem că simptomele unei stări confuzionale, a unei crize de manie, a unei stări nevrotice, schizofrenice sau demențiale constituie doar un 'sindrom', adică o simplă colecție de tulburări determinate în modul lor de asociere de către sinergii anatomo-fiziologice.[126] Trebuie mai degrabă să considerăm că *aceste simptome sunt efectul şi expresia unei dezorganizări a vieții psihice şi a reorganizării sale la un nivel tipic sau de disoluție, la un palier structural ce caracterizează şi defineşte fiecare formă de boală mintală*. Tabloul clinic depinde atunci de un proces organic în măsura în care acesta impune forma şi gradul acestei dereglări: dar *simptomele* (idei delirante, tulburări ale umorii, halucinații, impulsii etc.) nu depind direct de acest proces, căci între proces şi simptome se intercalează o ***distanță organo-clinică*** (écart organo-clinique) (Henri Ey) care nu este specifică patologiei mintale dar care, în psihiatrie dobândeşte o importanță aparte. Astfel, o idee de grandoare, impulsia de a fura, agitația sau anxietatea etc., nu pot fi astfel considerate ca efecte directe ale leziunii; ele nu sunt decât efecte de grad secund ale regresiunii pe care o antrenează de pildă o meningo-encefalită".

Conceptul de „distanță organo-clinică" este central pentru teoria psihiatrică organo-dinamică. Asupra lui, Henri Ey revine în mai multe din textele sale. Aflăm din aceste scrieri că, pe de o parte, există două tipuri fundamentale de distanță organo-clinică: *temporal* şi *structural*, iar pe de altă parte, că această distanță este *maximă* în formele superioare de destructurare şi *minimă* la baza scalei disoluțiilor psihice (H. Ey 1975: 276).

Modelul „scăpării de sub control" şi simptomele negative şi pozitive în semiologia organo-dinamică

[126] Ne amintim fragmentul din H. Ey 1963: 743 unde Henri Ey abordează aceeaşi problemă a naturii sindromice a bolilor psihice şi în care este analizat conceptul de sindrom în patologia generală, descoperindu-se trei sensuri ale acestui termen. Cel de *al doilea sens* este cel la care se face referire în propoziția de față din *Manuel de Psychiatrie*, p. 678. A se vedea textul din H. Ey 1963: 743.

-structurile psihice sunt organizate ierarhic, structurile superioare exercitând un control asupra structurilor inferioare;
-modelul patogenic este cel al „scăpării de sub control” (al structurilor inferioare de sub controlul celor superioare);
-apar astfel, simptomele negative prin destructurarea organizării psihice şi alterarea / dispariţia instanţelor de control şi simptomele pozitive prin intrarea în funcţie a structurilor psihice inferioare; între ele se descrie distanţa organo-clinică (l'écart organo-clinique);
-distincţia Normal / Patologic se aplică intrapsihic sau intersubiectiv? Dacă se aplică intrapsihic, se compară acelaşi individ cu el însuşi înainte de debutul bolii?
-Distincţia negativ / pozitiv se aplică intrapsihic sau intersubiectiv? În textul lui J. H. Jackson despre aspectele negative şi pozitive ale nebuniei, el spune că, din punct de vedere social se remarcă mai uşor aspectele negative, de deficit psihic şi comportamental (*dl. X este non-normal* – cf. G. Devereux 1977). Din punct de vedere ştiinţific însă, este recomandat criteriul pozitiv (*dl. X este da-nebun* – cf. G. Devereux 1977) prin compararea individului (aspectele psihice sau comportamentale) cu descrierile-prototip din literatura de specialitate psihiatrică (nosografia).
-ceea ce descrie Jackson este recunoaşterea la (potenţialul) pacient a unei structuri patologice prin compararea tulburărilor lui cu structurile patologice-tip descrise în sistemul nosografic. Henri Ey numeşte acest proces diagnostic de gen şi răspunde la întrebarea: este sau nu este acest individ un bolnav psihic? (cf. H. Ey 1981). Urmează descrierea şi punerea diagnosticului de specie clinică.

TEORIA SEMIOLOGICĂ

Modelul lezional al bolii (în sensul în care boala era identificată cu *leziunea distructivă*) a fost implicat în conceperea **semiologiei clasice psihiatrice**, aşa cum vom arăta pe larg în acest subcapitol dedicat semiologiei organo-dinamice. Henri Ey critică aplicarea *modelului de tip leziune distructivă*, propunând *modelul de tip leziune excitativă* preluat de la neurologul britanic John H. Jackson. **Semiologia dinamistă**, atât neurologică (J. H.Jackson) cât şi psihiatrică (H. Ey) se va construi prin aplicarea conceptului de ***leziune excitativă*** şi a ***principiului dublei patogenii***.

Formarea semiologiei clasice psihiatrice

Celebrul alienist francez J. P. Falret descrie în tratatul său *Des maladies mentales et des asiles d'aliénés* (1864), trei orientări principale ale cercetărilor privind bolile mintale în perioada de după apariţia medicinii alieniste:1. *Perioada anatomică (*caracterizată prin *metoda anatomo-clinică); 2. Perioada psihologică (*caracterizată prin *metoda psihologică); 3. Perioada clinică (*caracterizată prin *metoda patologică*). Cea de a doua perioadă este importantă pentru fundamentarea şi dezvoltarea **semiologiei psihiatrice clasice**. Falret o descrie în *Introducere* (pp. III, VI-X) şi în capitolul III (pp. 115-118), dedicat simptomatologiei generale a bolilor psihice, după cum urmează: „Doctrina senzualistă, a lui John Locke şi Étienne

Bonnot de Condillac, care domina atunci şcolile filosofice, a fost „importată de către Pinel în patologia mintală” (J. P. Falret 1864: III). Mult mai târziu, după *perioada anatomo-patologică*, se face din nou apel la doctrinele psihologice ale filosofilor, mai ales cei din Şcoala Scoțiană (cf. J. P. Falret 1864: VI). Medicii alienişti din acea perioadă încearcă „să redacteze o **psihologie** pentru uzul lor, având drept scop să aducă o clarificare ***leziunilor psihice*** constatate în diversele forme de boli mintale” (op. cit. p. VII). Se procedează la o „cercetare minuțioasă a leziunilor memoriei, asocierilor de idei, a judecății şi chiar a abstracției, într-un cuvânt, al tuturor facultăților recunoscute de către psihologi în starea normală” (op. cit. p. VII). Acest demers ştiințific „pornea de la ideea că, dacă în patologia somatică, fiziopatologia era chemată să clarifice medicina, la fel şi psihologia normală trebuie să clarifice medicina mintală” (J. P. Falret 1864: VII).

Metoda psihologică

Va lua naştere, astfel, aşa-numita „metodă psihologică” de analiză a bolilor mintale. Ea va porni de la categoriile în care psihologii clasificaseră facultățile psihice; de la acestea urma să se construiască o clasificare metodică a simptomatologiei bolilor psihice (J. P. Falret 1864: VIII). Mai mult, metoda psihologică va fi aplicată şi în domeniile etiologiei, nosologiei şi chiar terapeuticii bolilor mintale (J. P. Falret 1864: IX). Se pornea de la **clasificarea facultăților**, se găsea o ***leziune*** a fiecărei facultăți, pentru a o pune în paralel cu „fiecare din actele acelei facultăți în starea normală” (J. P. Falret 1864: VIII).

Facultățile psihice, spune în continuare Falret, nu pot suferi decât trei tipuri de alterări: *exaltare, slăbire, pervertire* (pp. VIII, 117). Acest lucru îl arătase deja Broussais[127] încă din 1828: „Bolile măresc, diminuează, întrerup, depravează inervația encefalului sub raport instinctiv, intelectual, senzitiv, muscular…” (Ph. Broussais 1828: 81).

Teoria patogenică a lui Broussais[128] arată că: „Aparatul encefalic nu poate asculta de legi diferite față de cele care conduc celelalte organe: deranjamentele intelectului şi ale instinctului nu pot rezulta, deci, decât din *excesul sau deficitul de excitație a encefalului*. Deficitul primitiv de excitație nu produce depravarea durabilă a instinctului şi intelectului; prin urmare, nebunia nu poate proveni decât din surescitarea sau iritarea encefalului” (Ph. Broussais 1828: 238).

Ca atare, spune în continuare Falret „orice efort de clasificare a fenomenelor psihice după metoda psihologică, nu poate descoperi la alienați în general, sau la fiecare alienat în parte, decât unul din aceste trei moduri de tulburare a facultăților admise în starea normală” (J. P. Falret 1864: VIII). Aceste constatări sunt reluate şi la pp. 115-116 în cadrul considerațiilor privitoare la „şcoala psihologilor”. Falret critică această orientare teoretică, aşa cum o făcuse de fapt şi Broussais în 1828 (Broussais 1828: 117). Henri Ey face şi el o ***critică a analizei***

[127] Ph. Broussais *De l'irritation et de la folie* 1828.

[128] Ceea ce expune aici Ph. Broussais, reprezintă aşa numita “dogmă patologică a secolului al XIX-lea” sau, *“principiul lui Broussais”* (cf. G. Canguilhem 1966).

clasice semiologice care, este în acord şi în continuitate cu cea a lui J. P. Falret.[129]

Atât Henri Ey cât şi Henri Ellenberger (*Tratatul de psihiatrie EMC* 1955) arată că **semiologia clasică** s-a construit pornind de la ***concepția filosofică despre psihic***, din secolul al XVIII-lea. **Simptomele psihiatriei clasice** s-au construit pornind de la ***facultățile psihice***, prin *aplicarea* ***„dogmei patologice a sec. al XIX-lea***” amintită mai sus. Conform acestui *principiu patogenic*, tulburările psihice ale facultăților, nu reprezintă altceva decât simple diferențe cantitative față de normal, stările normale și cele patologice fiind omogene, ele deosebindu-se doar prin variații în plus sau în minus, aşa cum arătase Broussais.

Metoda patologică

Henri Ey la rândul său, dă mai mult credit concepțiilor psihologice ale altor autori: G. Hegel, H. Bergson, W. James, E. Husserl (H. Ey, 1955). Abordarea pare identică, însă, în realitate, este destul de diferită. În primul rând, el nu porneşte de la psihologia normală, aşa cum făcea şcoala clasică a „pshologilor” (citată de Broussais şi de Falret) ci, pe de o parte, îşi însuşeşte poziția lui Falret care criticase şi el pulverizarea atomistă a semiologiei clasice (aşa cum se exprimă Henri Ey) ceea ce îl face să acorde atenție complexelor simptomatice şi legăturilor naturale dintre faptele psihopatologice, iar pe de altă parte, se înscrie în tradiția marilor psihologi francezi Th. Ribot şi P. Janet care adoptaseră **„metoda patologică”** prin care psihologia normală era derivată din observarea patologiei mintale[130] Henri Ey se găseşte astfel, în continuitate cu cea de a treia perioadă, numită *perioada clinică*, în studiul patologiei mintale, care a dus la naşterea psihopatologiei.

Respingând *metoda psihologică* şi *dogma patologică a sec. al XIX-lea* asociată ei, în generarea semiologiei, Henri Ey nu îşi mai construieşte concepția semiologică pornind de la o psihologie oarecare a normalului, printr-o simplă deviație în plus sau în minus. Teoria formării simptomelor psihiatrice în organo-dinamism este mult mai complexă şi implică o teorie diferită privind raportul dintre normal şi patologic. Este vorba despre *principiul patogenic al lui Anstie* şi de *modelul „scăpării de sub control”* al tulburărilor mintale[131], despre care am vorbit deja.

Tipuri de date culese în semiologia organo-dinamică

În clinica organo-dinamică, *culegerea datelor semiologice* se face după o schemă proprie, care îmbină două dimensiuni sau, mai bine spus, două axe:

1. Axa exterior – interior (dinspre comportamental spre experiențial);
2. Axa sincron – diacron (axa conştiință – personalitate).

Schema are următoarele trei planuri:

A. semiologia comportamentelor şi conduitelor sociale;

[129] A se vedea H. Ey *Études psychiatriques* vol. I.
[130] A se vedea A. Dagfal în *L'Evolution Psychiatrique,* 2002: 595.
[131] A se vedea mai sus, textul privind teoria formării simptomelor la Henri Ey.

B. semiologia activităţii psihice bazale actuale;
C. semiologia tulburărilor de personalitate.

semiologia comportamentelor şi conduitelor sociale

I. Prezentarea (biotip, mimică, ţinută, comportament verbal); tehnici: observaţia directă;
II. Reacţiile la examinare şi contactul cu medicul; tehnici: auto-observaţia (de către medic) prin care se obţin fapte de auto-observaţie descrise de medic („cunoaşterea prin sentiment” a lui E. Minkowski 1927/1999, 1966) şi se face evaluarea contactului afectiv cu pacientul;
III. Comportamentul cotidian (îngrijiri corporale, somnul, comportament sexual, comportamenul alimentar, viaţa familială, activitatea socio-profesională); tehnici: interviu cu pacientul şi cu membrii reţelei sale sociale;
IV. Reacţiile anti-sociale (fugile, suicidul, atentatul la bunele moravuri, furtul, incendiul, omuciderea); tehnici: interviul cu membrii anturajului, cu reprezentanţii legii;

semiologia activităţii psihice bazale actuale

I. Claritatea şi integrarea câmpului conştiinţei; tehnici: observaţia directă;
II. Orientarea temporo-spaţială; tehnici: observaţia directă;
III. Memoria; tehnici: observaţia directă, auto-observaţia, teste psihologice;
IV. Afectivitatea de bază sau „holotimică”; tehnici: observaţia directă;
V. Activitatea sintetică de bază (funcţionarea operaţională) – atenţia, concentrarea, operaţiile intelectuale, fluxul gândirii, comunicarea, limbajul; tehnici: observaţia directă, teste psihologice;
VI. Semiologia psihomotorie; tehnici: observaţia directă;
VII. Semiologia percepţiei; tehnici: auto-observaţia, interviul;

semiologia tulburărilor de personalitate

I. Tulburările de caracter (psihopatii); tehnici: auto-observaţia (diacron), interviu cu pacientul şi cu anturajul – fapte de observaţie raportate;
II. Tulburările nevrotice; tehnici: auto-observaţia (diacron), interviu, teste psihologice;
III. Tulburările psihotice; tehnici: observaţie directă, teste, interviu cu pacientul şi cu aparţinătorii, auto-observaţia descrisă de medic (este utilă aici şi cunoaşterea *prin penetraţie* sau *prin sentiment* – E Minkowski, 1966), hermeneutica producţiilor;
IV. Tulburările de tip demenţă; tehnici: auto-observaţia (descrisă de pacient, la începutul bolii), interviu cu pacientul şi cu aparţinătorii, teste.

Valoarea diagnostică a simptomelor descrise de semiologia organo-dinamică: simptome negative şi simptome pozitive

Am amintit deja că Henri Ey respinge „teoria ontologică a bolii”, fiind un adept al teoriei funcționale sau dinamiste. El respinge de asemenea, teoria simptomelor produse mecanic: în organo-dinamism, simptomul nu este efectul mecanic al leziunii. Aceste alegeri teoretice pe care Henri Ey le face, au consecințe asupra valorii semnificative a simptomelor. În volumul *Neurologie et Psychiatrie* (1998) găsim următorul fragment care explică impactul teoriei despre boală asupra valorii diagnostice a simptomului:

„Simptomul nu poate avea o semnificație decât dintr-un punct de vedere istoric. Aşa cum indică Allers, poziția bolii în fenomenul global om-maladie, ne apare într-un dublu aspect. Noi concepem boala fie ca o entitate care are impact asupra bolnavului, fie ca o modificare a bolnavului însuşi. În primul caz, simptomul este subordonat entității – boală şi *arată* sau *anunță* existența sa. În al doilea caz, simptomul este subordonat persoanei şi *exprimă* noua sa conduită. După această atitudine, noi putem concepe simptomul uneori ca anunț, alteori ca expresie. Dar, cum spune Allers, dacă vom ridica boala la rangul de entitate factice şi independentă, vom falsifica problema căci, boala ca atare nu există decât într-un organism care a devenit bolnav. Noi îi refuzăm bolii diversitatea temporală şi istorică, pentru a o supune condensării generalizatoare a ştiinței naturale” (H. Ey 1998: 84).

Ceea ce este pus în discuție aici este raportul între niveluri meta-teoretice diferite, pe care un clinician trebuie să le cunoască foarte bine, atunci când adoptă o anumită poziție teoretică în practica sa diagnostică. În cazul de față este vorba de raporturile strânse care apar între *teoria despre boală* (ontologică sau dinamistă) şi *funcția semiotică a simptomului clinic*.

În semiologia organo-dinamică, se recunosc, după cum ştim deja, două tipuri de simptome:

1. ***simptome negative*** – rezultatul dezorganizării, al dezintegrării sistemului organizat ierarhic care este corpul psihic;
2. ***simptome pozitive*** – rezultatul intrării în funcție a structurilor psihice rămase intacte.

Relația semiotică dintre simptome şi boala psihică, însă, este diferită, în organo-dinamism față de organo-mecanicism:

- În organo-mecanicism, simptomul trimite la leziune, pe de o parte şi la boală (în sistemul nosologic) pe de altă parte; relația este de tipul: boală-leziune-simptom / agent etiologic-leziune-simptom-boală;
- În organo-dinamism, simptomul trimite în mod diferit la cauză: *direct* pentru simptomele negative (relația este de tipul agent etiologic-leziune-simptom negativ, deşi relația dintre simptom şi agent etiologic nu este univocă, acelaşi agent etiologic putând determina mai multe simptome) şi *indirect* pentru simptomele pozitive (relația este de tipul agent etiologic-proces somatic generator-leziune-distanța organoclinică-simptome pozitive);

Relația diagnostică este de tipul: simptome-structură tipică-sindrom-agent etiologic-boală psihică.

Nu am ales, desigur, în mod întâmplător comparația între organo-dinamism şi organo-mecanicism ci tocmai pentru că aceste două concepții teoretice psihiatrice au la bază teorii diferite despre boală: *organo-mecanicismul* consideră boala ca pe o neo-formație, ca pe un corp străin, care pătrunde din exterior (*teoria ontologică* sau mecanicistă) în timp ce *organo-dinamismul* consideră boala ca un dezechilibru al forțelor (*teoria funcțională* sau dinamistă) care mențin starea de sănătate (H. Ey 1999: 536). Reluând analiza valorii semiotice a simptomului psihiatric, propusă de Henri Ey, putem spune că, dacă în organo-mecanicism simptomul arată, indică sau anunță existența bolii, în organo-dinamism simptomul este subordonat persoanei bolnavului şi exprimă conduita modificată a acestuia, care ne spune ceva despre involuția personalității sale, datorată bolii. Căci, aşa cum permanent o repetă Henri Ey, din punct de vedere organo-dinamic, boala produce atât o disoluție capacitară, cât şi o involuție a personalității, iar acest lucru este valabil, într-o măsură variabilă, atât în cazul afecțiunilor acute cât şi al celor cronice.

Dificultăți ale semiologiei organo-dinamice

Deşi Henri Ey respinge ideea de *facultate* sau de *funcție psihică*, propunând *structura psihică* drept obiect al psihologiei sale, deşi respinge ideea de *simptom izolat*, punând accentul (aşa cum cerea deja J. P. Falret!) pe *ansamblul fenomenelor psihopatologice*, pe *structuri psihopatologice*, este foarte greu de spus în ce constă **semiologia propriu-zis organo-dinamică.** Henri Ey însuşi ezită să o prezinte în ansamblu, cedând în favoarea unei semiologii clasice. Poate nicăieri nu se vede mai bine acest lucru, ca în capitolul de *Semiologie* din *Tratatul de Psihiatrie* EMC (1955) dedicat tulburărilor de conştiință. Aici schema este clasică, cu separarea dintre tulburările cantitative şi tulburările calitative al conştiinței, deşi Henri Ey aminteşte ca tulburările conştiinței sunt atât cantitative cât şi calitative, pentru concepția organo-dinamică.

Se revine la schema clasică cu trei tipuri de alterări: *exaltări, diminuări* şi *pervertiri*. Cu mare prudență, sunt schițate doar, conştiința crepusculară, onirică sau oniroidă. Aceleaşi precauții le regăsim în capitolul de Semiologie din manualul de psihiatrie (H. Ey et al. 1967), unde *semiologia personalității*, specifică unei concepții organo-dinamice, este propusă ca o „anexă" la semiologia clasică a conştiinței şi comportamentului. Prin urmare, pentru cineva care doreşte să reconstituie în mod logic o semiologie organo-dinamică, sarcina nu pare să fie una uşoară. Henri Ey păstrează semiologia clasică, deşi în principiu, ar fi trebuit s-o modifice radical. Reprezintă **structurile psihopatologice** deviații ***hiper, hipo, para*** (în spiritul semiologiei psihiatrice clasice) față de **structurile psihice** normale? Care este relația dintre ele, prevăzută de teoria organo-dinamică? Cum se aplică ***teoria patogenică a „scăpării de sub control"*** şi ***teoria Goldstein-Canguilhem*** a *sănătății ca normativitate,* pentru a deduce o structură normală din una patologică? Dacă Henri Ey a urmat indicațiile lui J. P. Falret şi a aplicat *abordarea clinică* încercând să descrie stările psihice patologice aşa cum se găseau ele în natură (cf. J. P. Falret

1864: X), dacă, în acelaşi timp, a aplicat *metoda patologică*, pentru a deriva din observaţiile clinice, concepţia sa despre psihicul normal, de ce mai păstrează o *semiologie „atomistă" a facultăţilor*? De ce consideră că este necesar să se facă, în urma examinării pacientului, un inventar complet al semnelor şi simptomelor găsite?

Ce mai reprezintă un **simptom** în ***concepţia organo-dinamică*** şi care este diferenţa între un ***simptom*** şi o ***structură psihopatologică***? Iată un mare număr de întrebări care îşi aşteaptă răspunsul.

Teoria despre simptom - structura simptomelor psihice[132]

Poate că, în fond, lucrul cel mai important care se poate spune despre simptomul psihiatric în organo-dinamism este acela că, urmare a aplicării *principiilor jacksoniene*[133], el nu mai este dependent de leziunea organică. Henri Ey ţine să sublinieze acest lucru :

„Sensul general al operei lui Jackson este acela de a detaşa SIMPTOMUL de dependenţa strânsă şi directă faţă de leziune: acesta este însuşi spiritul concepţiei sale, care poate atât să seducă, cât şi să revolte. …de la început doctrina jacksoniană citează probleme psihopatologice în cadrul tulburărilor organice şi mai ales nervoase, solicitând în acelaşi timp analiza părţii psihologice care intră în formarea simptomului. Aceasta este semnificaţia generală a „jacksonismului", cea pe care, în lucrările noastre anterioare, sub direcţia maestrului nostru, prof. Claude, nu am încetat să o degajăm de studiul faptelor psihopatice" (H. Ey 1975: 136).

Sau în alt text al său, unde arată: „Trebuie să se înţeleagă bine, într-adevăr că, între maladiile mintale sub oricare din aspectele psihiatrice sau nevrotice în care se prezintă şi determinismul lor somatic se interpune totdeauna şi în mod necesar acţiunea psihogenică reprezentată de însăşi activitatea nivelurilor inferioare de organizare, adică a instanţelor inconştiente de imaginar şi de instincte. Această *distanţă* între procesul organic generator şi tabloul clinic, eu am propus să fie denumită *distanţa organo-clinică* (écart organo-clinique); ea, sugerează în concepţia noastră organo-dinamică imanentă în structura bolii mintale a unei productivităţi inconştiente şi ca să spunem aşa „endogene" (H. Ey 1963: 754).

Teoria despre sindrom în organo-dinamism

Analiza conceptului de **sindrom** în psihiatrie o regăsim în lucrarea lui Henri Ey „*Esquisse d'une conception organo-dynamique de la structure, de la nosographie et de l'étiopathogénie des maladies mentales*" (*Die Psychiatrie der*

---

[132] Aplicarea principiilor jacksoniene la o teorie dinamică a tulburărilor mintale - H. Ey 1975: 135.

[133] *Primul principiu jacksonian*, ne aminteşte Henri Ey, este cel al evoluţiei funcţiilor. Corolarul său este că, nu sunt posibile o neurologie şi o psihiatrie fără studiul prealabil al unei ierarhii de funcţii. *Al doilea principiu jacksonian,* este cel al distincţiei dintre semne negative şi pozitive. Corolarul său este poate principiul cel mai general care conduce domeniul psihopatologiei, cel al "distanţei organo-clinice" (écart organo-clinique), care se poate enunţa după cum urmează: *există între leziunea organică şi aspectul semiologic al tulburărilor mintale o distanţă care se umple cu reacţiile personalităţii.*

Gegenwart T I/2, 1963: 743-744). Noțiunea de *sindrom*, spune Henri Ey, are cel puțin trei sensuri diferite în patologia generală:

1.*sindromul* este o juxtapunere în mozaic de simptome, o simplă colecție de tulburări;

2.*sindromul* (ca de exemplu în formulări ca „sindrom icteric" sau „sindrom de nucleu roșu") implică faptul că, un anumit număr de simptome semnifică, prin corelația lor, că anumite funcții sunt legate între ele şi că alterarea lor manifestă această sinergie (relația între producția şi dezintegrarea pigmenților biliari, procesul de hemoliză, ciclul hemoglobinei – pentru icter sau relații între funcțiile cerebeloase şi tonusul postural pentru sindromul de nucleu roşu). Astfel, spune în continuare Henri Ey, s-a stabilit în spiritul medicilor ideea că „sindrom" înseamnă „sistem de corelații anatomo-fiziologice" care manifestă sau semnifică simptomele care îl compun (H. Ey 1963: 743).

3.*sindromul* este o manifestare patologică ce poate fi expresia unor factori etiologici diverşi: „astfel icterul poate să fie manifestarea unei hepatite, a unei litiaze coledociene, a unui cancer de pancreas etc., iar sindromul de nucleu roşu poate fi declanşat de o tumoră, o encefalită etc." (H. Ey 1963: 743).

Ce se întâmplă în cazul psihiatriei? După Henri Ey, aplicată în psihiatrie, această noțiune triplă de sindrom, se loveşte de o triplă dificultate:

-prima, corespunzând primului sens, este că „nu putem numi simplă colecție de simptome o criză de isterie sau o experiență delirantă fără a pulveriza în mod artificial unitatea semnificativă a tabloului clinic";

-a doua, este că „stările psihopatologice cum ar fi schizofrenia, nevroza obsesională, un delir de persecuție, nu corespund unor legături funcționale de tipul celor care se observă în patologia organică; de aceea în psihiatria germană s-a rezervat numele de ‚Psychosyndrome' (Bleuler) constelațiilor de tipul reacțiilor exogene ale lui Bonhoeffer, deci conceptul nu pare aplicabil decât acelor cazuri care, se apropie de patologia neurologică"

-a treia dificultate provine din faptul că „procesul organic generator nu este totdeauna aparent în cazul sindroamelor psihiatrice, astfel încât, cel puțin pentru multe cazuri, numeroşi psihiatri nu-l admit, iar o parte din ei disting două clase de psihoze: psihoze sindromice sau simptomatice şi psihoze endogene" (H. Ey 1963: 744).

Concluzia lui Henri Ey este că „ideile conținute în conceptul de sindrom nu se pot aplica „bolii mintale" decât cu condiția ca să ne facem o idee clară despre ***structura bolii***", aşa cum o permite cea de a doua teză psihopatologică. Ori, spune Henri Ey, această structură elimină primul sens (cel mai superficial) conținut în conceptul de sindrom.

În conformitate cu cel de al doilea sens al noțiunii de sindrom, Henri Ey spune că: „boala psihică are într-adevăr, un aspect „sindromic" în măsura în care ea manifestă o „organizare a ființei psihice" la care ea ne trimite în mod necesar, dar că originalitatea ei constă tocmai în aceea că ea reprezintă nu numai o simplă sinergie funcțională, ci un nivel inferior de organizare psihică (al conştiinței şi al persoanei) care comportă o dinamică structurală şi o evoluție care îi sunt proprii. Boala mintală este un sindrom, dar un sindrom care este o „formă de experiență" (*Erlebnis*), un

eveniment (*Geschehen*) sau o „manieră patologică – de – a – fi – în - lume" (*Dasein*)" (H. Ey 1963: 744).

Remarcăm că sunt surprinse aici dimensiunile multiple ale bolii psihice din perspectivă organo-dinamică, asupra cărora vom reveni.

Relativ la cel de al treilea sens, Ey va spune: „Vom vedea, examinând ceva mai încolo problema etiopatogenică, care este partea pe care o vom putea extrage din cea de a treia idee conținută în noțiunea de sindrom, cea a unei detaşări a aspectului clinic de procesul etiologic" (H. Ey 1963: 744).

Este vorba de ceea ce noi am denumit, în cadrul concepției organo-dinamice a lui Henri Ey, **„principiul separației"** planurilor semiologic şi etiopatogenic (V. V. Toma, 2005).

Tabloul clinic

Ansamblul semnelor clinice, spune Henri Ey, reprezintă tabloul clinic: „Tabloul clinic este constituit prin ceea ce persistă din activitatea psihică, prin ansamblul reacțiilor psihice față de disoluțiile funcționale superioare"(H. Ey 1975: 159). Tabloul clinic nu este un mozaic întâmplător de simptome lipsite de semnificație (H. Ey 1963: 753) ci reprezintă încă, o structură intențională şi semnificativă. Tabloul clinic are o structură dublă, negativă şi pozitivă (H. Ey 1963: 753). Tabloul clinic are o dinamică. Se descrie atât un aspect dinamic negativ cât şi o dinamică pozitivă (H. Ey 1975: 241). Tabloul clinic nu reprezintă un corp străin care pătrunde din exterior în psihicul unei persoane.

Tabloul clinic nu este un „corp străin" supra-adăugat psihicului normal, ci manifestarea dezorganizării psihicului din starea de sănătate (prin pierderea controlului instanțelor superioare asupra celor inferioare) şi reorganizarea psihicului pe un nivel inferior de funcționare. Reorganizarea / re-evoluția psihicului în starea de boală ascultă de legile fiziologiei.

Tabloul clinic poate implica disoluții locale şi disoluții globale

Asupra acestor aspecte, Henri Ey va insista în lucrarea sa din 1975, care reia textul monografiei din 1936: „Acțiunea bolii este negativă, ea suprimă funcții: le decapitează sau le deformează. Ceea ce constituie SIMPTOMUL este ceea ce persistă din funcție. Ori, dacă există disoluții locale, ele nu pot dizolva decât funcții locale, izolabile, parcelare, neaducând tulburări decât într-o sferă funcțională delimitată. Consecința tulburării nu se poate stabili decât la nivelul funcției sau grupului de funcții (tonice, motrice, senzoriale, etc.). Este clar că în evoluția funcțiilor neuro - psihice se stabileşte (acesta este unul din postulatele şi una din evidențele sistemului jacksonian) o integrare, o subordonare, totdeauna mai înaltă, a sistemelor funcționale la cicluri ideo-motorii totdeauna mai psihice şi mai generale. Prin urmare este clar că, dacă o funcție oarecare este perturbată, ea nu va zdruncina, aşa cum am văzut în paragraful precedent, activitatea psihică, decât într-o manieră contingentă, de amploare redusă, fără să o modifice în ansamblu. Invers însă, principiul disoluției uniforme fiind ca ansamblul personalității şi a capacităților

psihice să funcționeze la niveluri inferioare, această disoluție va putea elibera sisteme funcționale care acționează anarhic, fără să se poată spune că disoluția uniformă rezultă din aceste tulburări „locale" (ale unor funcții izolate)" (H. Ey 1975: 181).

În plan semiologic vom întâlni *semne de disoluție locală* în două situații de valoare diferită:

1) este vorba de tulburări localizate motorii, senzoriale, reflexe, statokinetice, etc., fără alterări notabile ale activității psihice şi personalității;
2) este vorba de tulburări localizate care se prezintă ca manifestări ale unei regresii psihice uniforme (H. Ey 1975: 182).

În ceea ce priveşte caracteristicile disoluțiilor locale, Henri Ey va spune următoarele: „ceea ce constituie propriul tulburărilor pe care le putem considera ca *disoluții „locale"* este deci, de a se prezenta izolate în raport cu tulburările activității psihice. Acesta este caracterul lor cel mai remarcabil. Faptul însuşi că ele există astfel, izolate, că răspund la o semiologie precisă este suficient, după cum vom vedea, să ne interzică să facem să depindă de ele tulburările psihice, în raport cu care ele nu constituie absolut deloc o condiție suficientă. Cu atât mai puțin o condiție necesară. În ceea ce priveşte trăsăturile generale ale semiologiei lor, vom semnala:

1) coexistența lor constantă cu tulburări neurologice (tonus, reflexe, vegetative, etc.);
2) sentimentul de obstacol mecanic, de pierdere a unui instrument;
3) impresia subiectivă de boală pe care o dau subiectului. În ceea ce priveşte acest ultim punct, se impun anumite rezerve privind legătura lor cu tulburările anosognozice care nu sunt excepționale şi care au ele însele acest caracter particular de a fi în acelaşi timp tulburări izolate propriu zis gnosice (exemplele cele mai tipice sunt tulburările schemei corporale ale afaziei Wernicke şi ale cecității psihice). În fine, toate aceste tulburări au o valoare de localizare incontestabilă pentru diagnosticul neurologic" (H. Ey 1975: 180).

Teoria organo-dinamică despre structura psihopatologică

Conceptul de *structură psihopatică* sau *structură psihopatologică* este esențial pentru teoria psihiatrică organo-dinamică. El este definit de către Henri Ey în felul următor:

„*Structura psihopatologică* sau structura mintală patologică reprezintă ansamblul tulburărilor trăite de bolnav ca evenimente (proporțional cu capacitățile sale) şi observate de către medic ca fiind o stare psihopatică tipică" (H. Ey 1975: 143, 160).

Ea reprezintă evoluția unui anumit nivel de disoluție (de exemplu paranoia, confuzia mintală, psihoza periodică etc.) şi se caracterizează prin „nivelul minim pe scala disoluțiilor psihice la care se opreşte de o manieră durabilă sau ritmică evoluția tulburărilor" (H. Ey 1975: 160).

Ca exemplu, Henri Ey foloseşte *sindromul confuzional*, despre care spune că: „astfel, de exemplu, confuzia putând debuta prin stări oniroide sau prin idei delirante melancolice, etc. se va defini prin nivelul minim (starea confuzională) la care accede boala" (H. Ey 1975: 160).

Structura nu se instalează însă dintr-o dată, ea are o evoluție, trecând prin stadii de *disoluție* şi *reevoluție* (H. Ey 1975: 159). Disoluția poate fi lentă şi progresivă, trecând prin toate sau doar prin anumite grade superioare de disoluție, lucru care se poate întâmpla şi în cazul reevoluției psihice care poate trece şi el prin mai multe faze succesive (H. Ey 1975: 160).

Ca regulă, spune Henri Ey, cu cât disoluția este mai rapidă şi profundă de la început, cu atât reevoluția este mai rapidă şi fără faze intermediare (op. cit. p. 161). Această observație are, după cum vom mai vedea, o importanță prognostică în cadrul clinicii organo-dinamice.

Structura psihopatologică reprezintă, la rândul său, *obiectul analizei structurale a psihozelor* (cf. H. Ey 1975: 160) şi acest lucru reprezintă o particularitate notabilă a psihiatriilor de tip fenomenologic-structural. Analiza structurală, după L. Binswanger, trebuie să fie situată la un nivel intermediar între analiza semiologică şi analiza etio-patogenică (L. Binswanger, 2000). Aceeaşi poziție intermediară ocupă şi în cadrul clinicii organo-dinamice, care în încercarea de a depăşi limitele analizei semiologice clasice, reducționiste, pune *structura psihopatologică* în relație cu *structura de ansamblu a Omului bolnav*.

Structura psihopatologică tipică este relativ stabilă şi poate fi recunoscută ca atare. Ea caracterizează *nivelul de destructurare* al conştiinței sau personalității, putând servi astfel la stabilirea diagnosticului. Conform principiului jacksonian, structura unui nivel de disoluție reprezintă o regresiune, însă niciodată, ne spune Henri Ey, regresiunea nu reprezintă o fază exact reprodusă a evoluției, întrucât semnele negative constituie „o condiție importantă şi nouă şi mai ales pentru că, dacă leziunea implică o deformare a ansamblului activității psihice, numeroase alte reacții şi cristalizări psihice vin să constituie ansamblul tulburărilor, adică structura tipică" (H. Ey 1975: 144).

Din punct de vedere organo-dinamic, conceptul de ***structură psihopatologică*** reprezintă un concept gen care poate fi divizat în speciile sale. Acest proces logic implică:
-definiția conceptului de structură psihopatologică;
-diviziunea sa în „specii":

1.distincția *acut / cronic*;
2.psihoze / nevroze;
3.agenezii / destructurări;
4.alterare / alienare;
5.distincția: *I. perioada dezvoltării; II. perioada vieții adulte; III. perioada senectuții* (H. Ey et al. 1967).

Rezultă următoarele tipuri de afecțiuni psihice:

- psihoză / nevroză;
- psihoză acută / psihoză cronică;
- nevroză acută (psihonevroză acută) / nevroză cronică;
- alterări ale Eului / alienări ale Eului;

Clasificarea structurilor psihopatologice are două dimensiuni:

A. patologia conştiinţei: distincţia între structuri oniroide, structuri disestezice, structuri maniaco-melancolice, structuri confuzo-stuporoase (H. Ey 1975: 146).

B. patologia personalităţii: distincţia între agenezii (opriri în dezvoltare) – oligofreniile - şi disoluţii (destructurări) ale personalităţii; distincţia între psihopatii, nevroze, psihoze şi demenţe;

Patologia conştiinţei în organo-dinamism

Despre *patologia conştiinţei*, Henri Ey arată că aceasta „este constituită din nivelurile de disoluţie sau de destructurare care descompun activitatea sa. Fiecăruia dintre aceste niveluri ale dezagregării sale, îi corespund „specii" de psihoze acute. Fie că este vorba, într-adevăr, de *crize maniaco-depresive*, de *bufee delirante şi halucinatorii*, de *stări confuzo-onirice*, toate aceste *psihoze acute* reprezintă spectrul decompensării conştiinţei: o serie de niveluri structurale tipice ale acestei destructurări a conştiinţei" (H. Ey 1963: 746).

Toate aceste „psihoze acute", cum le numeşte Henri Ey, se ordonează, relativ la o ierarhie de structuri ale câmpului conştiinţei, pentru care constituie „niveluri de destructurare" (H. Ey et al. 1967: 355). Acest lucru este foarte important de reţinut, fiind una din cuceririle importante ale teoriei organo-dinamice ale afecţiunilor conştiinţei.

Destructurarea *câmpului conştiinţei* corespunde la o serie de *experienţe* care „pe calea care merge de la gândirea vigilă (şi, în mod rezonabil ordonată în raport cu sistemul Eului) până la gândirea celui ce doarme şi visează, constituie modalităţi ale *imaginarului* ce scapă principiului realităţii pentru a se supune mai degrabă principiului plăcerii" (H. Ey et al. 1967: 355).

Prin ce se caracterizează, din punct de vedere fenomenologic, *experienţele* trăite de pacient în cadrul acestor psihoze acute? Iată un fragment din *Études psychiatriques* vol. I, care ne oferă un răspuns la întrebarea noastră:

„Psihozele acute se caracterizează printr-o regresie a activităţii conştiinţei, prin constituirea unei conştiinţe diminuate şi organizate la un nivel inferior de integrare. Aceste niveluri diferite corespund deci unor disoluţii mai mult sau mai puţin profunde ale *câmpului conştiinţei*. Ele realizează tulburări ale activităţii psihice, în măsura în care aceasta este o conştiinţă a prezentului. Astfel, ele se manifestă printr-o inadecvare remarcabilă a conduitei faţă de situaţia actuală. Un văl se interpune între observator şi bolnavul "tulburat". Nici pacientul nu poate să-şi domine tulburarea şi să fie pe deplin conştient de ea, nici medicul nu poate penetra pe deplin în conştiinţa acestuia. Între bolnav şi ceilalţi se interpune o greutate ca un vis (*épasisseur irreductible de rêve*), o "tulburare" ce întunecă conştiinţa, ca un suflu de somn. La fel ca şi cel ce visează în procesul normal de somn-vis, bolnavul supus condiţiei negative a tulburării sale, este inconştient sau, doar vag conştient de acţiunile sale şi trăieşte, fără a fi posibilă o distanţare sau o critică, evenimentul patologic prin excelenţă: delirul său" (H. Ey 1948: 268).

Despre psihozele acute aflăm că, ele reprezintă în clinică, specii ale aceluiaşi gen, indiferent de *factorii etiologici* de care depind sau de *tipul de evoluţie*

pe care îl adoptă: accese izolate, crize periodice sau paroxisme comițiale (H. Ey et al. 1967: 357).

Ipoteza continuum-ului pe care Henri Ey o propune, pentru a pune o „ordine naturală” în această sferă a patologiei acute, pe care alte concepții psihiatrice nu o regăsiseră, face obiectul unui comentariu în *Die Psychiatrie der Gegenwart* (1963). Iată ce spune autorul în această privință:
„Am studiat într-adevăr, (în Tomul III din volumele mele de Études, 1954) Psihozele acute pornind în mod *natural* de la epilepsie, de la stările confuzionale, stările crepusculare, stările onirice sau oniroide, de la psihozele delirante acute (care sunt numite adesea ”wahnhafte Zustande” şi care corespund cuvântului latin Delirium în grade diferite). Nu mai puțin natural, m-am văzut constrâns de lucrurile însele să restabilesc un continuum pierdut de o sută de ani între aceste stări de confuzie, onirism, depersonalizare, experiențe delirante şi halucinatorii, etc. şi stările numite manie şi melancolie. Mi-a trebuit multă reflecție şi, îndrăznesc să zic, destul curaj, pentru a restabili acest continuu în mod tradițional rupt” (H. Ey 1963: 731).

Clasificarea tulburărilor conştiinței

Deşi este perfect conştient că schema semiologică clasică cu trei tipuri de alterări: *exaltări, diminuări, pervertiri*, nu este potrivită pentru descrierea formelor de tulburări ale conştiinței în organo-dinamism, Henri Ey va încerca totuşi un compromis, propunând o clasificare care conține atât *forme cantitative*, cât şi *forme calitative* ale tulburărilor conştiinței.

De aceea varianta pe care el o descrie în capitolul de semiologie a conştiinței din tratatul de psihiatrie al EMC (1955) cuprinde următoarele clase de stări patologice ale conştiinței:

1. ***Formele cantitative ale tulburărilor conştiinței***
   a. obtuzie, hebetudine;
   b. obnubilare, subconfuzie;
   c. confuzie, somnolență, stupor;
   d. letargie, comă;
2. ***Formele calitative ale conştiinței patologice***
   a. îngustarea conştiinței;
   b. stările crepusculare;
   c. stările confuzo-onirice;

Cu privire la *formele cantitative*, Henri Ey spune că: „***În stare de veghe***, viața psihică se derulează cu *claritate* (idei distincte, orientare precisă) şi *luciditate* (cunoaştere exact diferențiată de sine, de alții şi a lumii exterioare) *sub controlul judecății* (valori logice şi morale care asigură acordul său cu realitatea). Ea suferă fără încetare variații (Westphal). ***În somn***, viața psihică este *confuză* (incoerență a ideilor, limbajului, dezorientare), *obscură* (abolire a reflexiei şi a cunoaşterii de sine, de alții şi a lumii exterioare) şi se derulează *sub imperiul forțelor automatismului inconştient* (imagini, tendințe afective). Putem distanța şi mai radical planul stării de veghe de cel al somnului, vorbind, mai sumar, de conştiință pentru gândirea vigilă şi de inconştiență pentru abolirea acesteia.

În această perspectivă se vorbeşte în Neuro-Psihiatrie de tulburări ale conştiinţei pentru a desemna tulburările gândirii vigile *ca pe o pierdere mai mult sau mai puţin amplă a conştiinţei, apropiindu-se mai mult sau mai puţin de inconştienţa somnului profund*. În această perspectivă, tulburările conştiinţei sunt pur *cantitative* şi *negative*. Cantitative, căci ele se definesc prin plusul sau minusul de claritate şi luciditate. Negative, căci ele sunt considerate ca fiind grade ale „pierderii" conştiinţei, mergând de la *„somnolenţă*" şi *„obnubilare*" până la *confuzie stuporoasă* şi *comă* " (H. Ey 1955: 1, fasc 37135 A[10]).

Prin urmare, în ceea ce priveşte *clasificarea formelor cantitative* ale tulburărilor conştiinţei, considerate ca grade ale vigilenţei, aceasta include: ***obtuzia, hebetudinea, obnubilarea şi torpoarea, confuzia, stuporul şi somnolenţa, letargia şi coma*** (H. Ey 1955: 2, fasc 37135 A[10]).

Cu privire la *formele calitative*, Henri Ey spune că: „atunci când conştiinţa diminuează în claritate, ea se metamorfozează, şi este imposibil să consideri patologia conştiinţei ca pe o serie de simple grade de confuzie, definite prin ceea ce îi lipseşte fiecăruia dintre ele în cantitatea de luciditate. Altfel spus, fiecare grad de inconştienţă comportă o anumită organizare a conştiinţei" (H. Ey 1955: 1, fasc 37135 A[10]).

Referitor la aceste organizări ale conştiinţei patologice, Henri Ey va spune în continuare că: „Aceste „stări" au fost descrise în mod natural cu ajutorul *amintirilor* sau a *experienţelor* care permit clinicianului să pătrundă trăirile subiective ale conştiinţei tulburate. Simptomatologia lor este deci, nu doar *negativă*, ci de asemenea, *pozitivă* în măsura în care ea se stabileşte pe baza conţinuturilor de conştiinţă ce corespund modificărilor structurii acesteia" (H. Ey 1955: 2, fasc 37135 A[10]).

Prin urmare, în ceea ce priveşte *clasificarea formelor calitative* ale tulburărilor conştiinţei, aceasta cuprinde: ***conştiinţa îngustată, conştiinţa crepusculară, conştiinţa confuzo-onirică*** (H. Ey 1955: 2, fasc 37135 A[10]).

Privite din această perspectivă, spune Henri Ey, *stările de degradare a conştiinţei* nu ne mai apar „vide" ci ca organizări ale câmpului conştiinţei pe măsura dezorganizării acestuia, fiind deci *niveluri ale destructurării* sale (H. Ey 1955: 2, fasc 37135 A[10]).

Despre caracterul artificial şi în fond, neştiinţific al acestui tip de clasificare neuro-psihiatrică a totalităţii tulburărilor conştiinţei, Henri Ey spune, în final că: „este suficient să divizăm astfel tulburările conştiinţei, pentru a sesiza caracterul artificial al acestei clasificări, căci, în realitate, numai în cadrul conceptului de destructurare a conştiinţei aspectul negativ al primei categorii se completează cu aspectul pozitiv al celei de a doua categorii: şi unul şi celălalt aspect fiind indisolubil legate în patologia conştiinţei" (H. Ey 1955: 2, fasc 37135 A[10]).

Tulburările conştiinţei în afecţiunile neuro-psihiatrice

Două pericole majore sunt de evitat în momentul în care luăm în considerare extensiunea conceptului de tulburare de conştiinţă, iar Henri Ey ţine să ne prevină în acest sens, arătând că: „dacă se dă un sens prea general noţiunilor de conştiinţă şi tulburări de conştiinţă, atunci ele tind să se aplice întregii patologii

mintale. Dacă li se dă un sens prea strict (tulburări cantitative ale vigilenței) atunci există tendința de a nu face din ele decât simptome contingente şi relativ rare. Trebuie încercat să evităm şi una şi cealaltă dintre aceste piedici" (H. Ey 1955: 3, fasc 37135 A[10]).

Aceasta înseamnă că trebuie văzut care sunt diferențele care apar atunci când aplicăm noțiunea de tulburare de conştiință în diverse forme de afecțiuni psihice. Este ceea ce va întreprinde Henri Ey în continuare, prin trecerea în revistă, sintetică, a tulburărilor conştiinței în *psihozele acute*, în *psihozele cronice* şi în *bolile neurologice*[134].

Niveluri de destructurare a conştiinței

Poziția propriu-zis organo-dinamică în această problemă a clasificării tulburărilor conştiinței, este expusă succint de către Henri Ey în acelaşi text din tratatul de psihiatrie al EMC (1955) când autorul spune că:

„Pentru noi este imposibil să separăm tulburările conştiinței în două categorii: tulburări cantitative şi tulburări calitative. Destructurarea conştiinței, este, într-adevăr, în acelaşi timp, o degradare a structurii sale dinamice şi o experiență, trăită de subiect ca o formă a realității actuale – şi considerată de observator ca o invadare a câmpului conştiinței de către forțele inconştiente. Această destructurare începe încă din momentul în care câmpul conştiinței îşi pierde direcția, adică din momentul când se află de-temporalizat în mişcarea sa acordată la prezent, fie că alunecă şi fuge în afara timpului (manie), fie că se fixează şi reculează în fatalitatea trecutului (melancolie): acesta este nivelul de destructurare temporală etică. La un palier inferior, destructurarea conştiinței atinge însăşi scena reprezentării spațiilor trăite în mod normal ca ordine a subiectivului şi obiectivului şi la acest nivel corespund experiențele halucinatorii şi delirante de depersonalizare, de dedublare şi de vis în stare de veghe (stările oniroide). În fine, la un nivel inferior, conştiința se destructurează până se apropie de somn şi de vis; acestea sunt stările confuzo-onirice, caracterizate prin dezorientarea temporo-spațială, prin imposibilitatea de a fi prezent în lume şi printr-o imagerie în care fiecare imagine ocupă singura formă a timpului trăit, adică instantaneitatea" (H. Ey 1955: 2, fasc 37135 A[10]).
În cele ce urmează, vom descrie structurile psihopatologice „tipice" pentru patologia conştiinței, aşa cum le prescrie teoria psihiatrică organo-dinamică.

Structuri psihopatologice „tipice" pentru patologia conştinței:

Structurile timice

„Structurile timice corespund organizării maniacale sau melancolice a conştiinței (fără ca dealtfel ceea ce se numeşte manie sau melancolie să fie "pur şi simplu" tulburări timice primitive). Stările de excitație sau de anxietate "pure" corespund acestui nivel. Conştiința s-a organizat relativ la o stare timică funda-

[134] A se vedea în continuare textul lui Henri Ey din tratatul de psihiatrie al EMC (1955: 3-4, fasc 37135 A[10]).

mentală: veselie, mânie, anxietate, nelinişte, remuşcări etc.; dar, insistăm noi, aceste tulburări ale umorii nu sunt niciodată primitive şi generatoare" (H. Ey 1948: 270).

Structurile oniroide

„Structurile oniroide se caracterizează printr-o organizare fantasmică a conştiinţei care aduce mai puţin cu visul: am descris stările oniroide de depersonalizare imaginative şi interpretative, care reprezintă o tulburare a conştiinţei, a unităţii Eului, proiecţia unei ficţiuni sau infiltrarea fantasmelor în realitatea obiectivă sau socială. În aceste diferite eventualităţi, organizarea conştiinţei morbide este aproape aceeaşi: stare crepusculară a conştiinţei şi experienţe delirante primare, unde se amestecă în proporţii diferite ceea ce clinica clasică numea halucinaţii, idei delirante, iluzii sau interpretări morbide" (H. Ey 1948: 270).

Structurile confuzo-onirice

„La nivelul cel mai de jos corespund structurile confuzo-onirice, caracterizate printr-o torpoare, o toropeală, un fel de somn, fără vis sau aproape fără vis, săracă şi inertă. Opacitatea conştiinţei este foarte mare, ea fiind pasivă şi pare vidă. Ceea ce trăieşte se înscrie prost sau char deloc, astfel încât este aproape imposibil de a pătrunde în organizarea sa internă, în conţinuturile sale intenţionale şi semnificative care îi scapă şi pacientului însuşi şi care sunt înghiţite pe măsură ce apar, în hăul uitării. Structurile confuzo-onirice sunt cele care corespund cel mai mult visului din somnul normal" (H. Ey 1948: 270).

Despre aceste forme ale destructurării conştiinţei, Henri Ey ţine să precizeze următoarele:

„Toate aceste stări acute constituie tipul însuşi al ***experienţelor delirante primare***. Ele sunt, repetăm, faţă de procesul de disoluţie, ceea ce visul este în raport cu somnul şi aceasta sub forme şi în grade diferite. În măsura în care este vorba de **psihoze acute**, ele dispar odată cu procesul de disoluţie, aşa cum visul încetează odată cu somnul şi la trezire este înghiţit în uitare. Totuşi, aceste "experienţe delirante", mai ales când ele se îndepărtează de viteza şi profunzimea disoluţiei hipnice, rămân mult mai vii, mai bulversante decât un simplu vis. Aceasta deoarece ele au format o "realitate" tulbure şi tulburătoare mai apropiată de realitate decât imaginile din vis. Ele au împrumutat de la ceea ce mai subzistă încă din realitatea obiectivă, o forţă de convingere, o organizare structurală de semnificaţii astfel încât valoarea lor de eveniment i se impune mult mai uşor conştiinţei, când aceasta îşi regăseşte energia şi claritatea, adică se vindecă, sau dacă vrem, se trezeşte (*se revèille*)". (H. Ey 1948: *Études psychiatriques vol. I* p. 270).

Destructurarea Eului în psihozele acute

Conform cu *principiul dublei disoluţii*, în psihozele acute are loc atât o disoluţie capacitară, cât şi o involuţie a Eului, adică a Persoanei care reprezintă Subiectul vieţii de relaţie. Ce anume se întâmplă cu Eul în psihozele acute, ne spune Henri Ey

în *Étude No. 27*, pornind de la întrebarea: *ce devine „subiectul" în aceste „crize" mai mult sau mai puțin lungi și ce devine el după sau între crize?* (H. Ey 1954: 752). După ce arată că, aceeaşi întrebare şi-o pusese deja, înaintea sa, L. Binwanger, în studiul său despre fuga de idei, Henri Ey insistă asupra dificultăților pe care psihiatrul german le reliefase în încercarea de a sesiza Eul veritabil în timpul metamorfozelor conştiinței. Vor fi amintite aici cele trei modalități ale Eului sau ale subiectivității descrise de către Binwanger:

1. *Eul-lumii-visului* sau al confuziei, care este obiectul unei psihologii fenomenale, adică al unei psihologii a subiectivității fenomenale în momentul unei unități dialectice a raporturilor dintre Eu şi Lume;
2. *Eul istoriei vitale interne* a persoanei umane, care este obiectul unei psihologii istorico-hermeneutice. Acest Eu este cel care „visează" sau are „fugă de idei" etc. Este Eul subiectului psihologic.
3. *Eul transcendental* care face posibilă continuitatea istoriei vitale interne. Este cel care corespunde cogito-ului cartezian. Despre acest *Eu transcendental* nu putem spune că se află în stare de vis, de veghe sau că este confuz. El rezidă în însăşi condiția de posibilitate a transcendenței sale şi nici o boală mintală nu-l poate atinge, căci el nu poate fi el însuşi un bolnav care se poartă bine (H. Ey 1954: 753-4).

Adoptând o poziție critică față de „acest text vertiginos" al lui Binswanger şi față de „vertiginoasa perplexitate" pe care el o produce cititorului, Henri Ey va face propriul său comentariu cu privire la *problema involuției Eului în patologia acută*. Ne luăm libertatea de a cita în întregime acest text magistral, care încheie celebrul *Éude No. 27* dedicat structurii şi destructurărilor conştiinței:
„Să spunem pur şi simplu că, pentru noi, şi aceasta va fi concluzia la care ne vom opri, pentru noi, *persoana* care se constituie de-a lungul istoricității compuse din momente succesive care traversează şi organizează conştiința noastră, este Subiectul corelativ al conştiinței depline, chiar dacă o parte considerabilă din noi înşine, îi scapă. Nu suntem noi înşine în deplină conştiință decât atunci când, conştiinței noastre (Bewusstsein) i se adaugă cunoaşterea (Besinnung) de noi înşine ca proiect ideal de sine. Aceasta este derularea, dezvoltarea transcendentală a conştiinței care ne-a făcut să spunem că, dacă conştiința este substratul persoanei, ea nu este însăşi persoana: *Eu-însumi* sau transcendental.

Înțelegem deci că, dacă persoana nu se constituie în integralitatea sa, adică cu lumea sa şi cu concepția sa despre lume, decât în plină conştiință (chiar dacă istoricitatea subiectului rămâne în mare parte învelită în inconştiență), destructurarea conştiinței antrenează, în mod fatal, o „mutilare" a persoanei. Şi la fel cum, atunci când visăm, persoana noastră se dizolvă în visul nostru, subiectul care trăieşte melancolia sau onirismul, trăieşte aceste experiențe cu un „Eu alterat" în virtutea acestei legi generale a disoluției conştiinței, care, ca „regresiune", antrenează în căderea sa Eul, care nu mai este decât o formă arhaică a trecutului său. Noi suntem însă îndatorați distincției introduse de Jackson sau Bleuler (semne negative şi pozitive sau semne primare şi secundare ce formează tabloul clinic) o intuiție decisivă care ne permite să înțelegem că mai există încă acolo un Eu subzistent, un Eu care se profilează la orizontul îndepărtat sau se dispersează în atmosfera acestei

experienţe delirante al cărei spectator şi autor rămâne, fiind încă „subiectul” (dar încetând să mai fie „stăpânul”). Eul figurează deci, mai mult sau mai puţin mutilat, mai mult sau mai puţin anacronic, mai mult sau mai puţin „orientat”, şi pentru a merge până la capăt, spunem şi mai mult sau mai puţin „conştient” în psihozele acute de care nu se vindecă decât re-devenind el însuşi.

Însă dacă Eul transcendental deformat şi diminuat este încă subiectul acestor crize, în contrapondere, aceste crize intră în „istoricitatea” sa ca evenimente mai mult sau mai puţin imaginare, fără îndoială, însă cu toate acestea „trăite” intens. Am avut deja ocazia să spunem (*Étude No. 8*) studiind problema raporturilor între vis şi eveniment, că dacă lumea fantastică şi lumea reală sunt la orice om normal net separate prin însăşi soliditatea, prin plenitudinea conştiinţei, orice slăbiciune a structurii conştiinţei, orice destructurare durabilă a câmpului conştiinţei, poate creea echivocul unui eveniment. Astfel noi am pus în evidenţă, studiind în special formele lor „atipice” şi „cronice”, faptul că mania, melancolia, bufeele delirante, psihozele delirante acute, stările confuzo-onirice, pot nu numai să se prelungească ci să-şi şi supravieţuiască lor înşile: fie intrând în istoria Persoanei, ca eveniment bulversant, fie zguduind perspectivele existenţiale ale Lumii sale” (H. Ey 1954: 754-5).

Patologia conştiinţei morale

Perversiunile patologice reprezintă forme ale patologiei conştiinţei morale (H. Ey *Étude No. 13*, p. 245): „ele se definesc prin faptul că, o conştiinţă morală există, însă ea este neputincioasă, fie prin imaturitate, fie prin slăbire şi nu poate lupta contra instanţelor sale pulsionale” (ibidem). Condiţiile acestei disgenezii, ale aceste debilităţi, constituie *structura negativă* a acestei forme a conştiinţei morbide (H. Ey 1952: 245).

În organo-dinamism, perversiunile patologice sunt clasificate astfel:

1. tulburările sau disgeneziile de dezvoltare morală (perversităţile congenitale);
2. perversiunile „parţiale” (perversiunile sexuale);
3. regresiunile amorale sau perversiunile dobândite (perversităţile secundare sau „simptomatice” (H. Ey 1952: 245).

Perversiunile patologice, în organo-dinamism, sunt totdeauna *secundare*, „simptomatice” în raport cu *tulburări de dezvoltare a personalităţii (agenezii)* sau cu *disoluţii ale personalităţii* (H. Ey 1952: 245, 267-8, 331). Formele patologice de perversiune reprezintă o serie de niveluri (op. cit. pp. 336-7).

Există o diferenţă de nivel (care permite un diagnostic diferenţial!) între perversiunile congenitale şi perversiunile dobândite sau secundare (p. 333). Ceea ce diferenţiază perversităţile secundare de cele congenitale este faptul că primele se caracterizeză prin *impulsivitate* (p. 333, 337). Ceea ce diferenţiază perversităţile congenitale (constituţionale) de perversităţile „parţiale” este sentimentul de *culpabilitate* pe care îl resimt subiecţii. Aşa cum descrie Henri Ey în nota de subsol I de la p. 336, psihopatul sexual, spre deosebire de perversul constituţional, se angoasează şi prezintă un sentiment de culpabilitate.

Perversitățile patologice sunt secundare şi pot fi precedate de / pot apărea în tabloul clinic al:

I. ***ageneziilor personalității***:

-malformații somato-psihice (forme hermafrodite de homosexualitate, oligofrenii);

-imaturitatea personalității (toată gama nevrozelor);

II. disoluțiilor personalității

-toate psihozele şi nevrozele cronice, de la demențe la caracteropatii (H. Ey 1952: 337).

Perversiunile patologice pot fi întâlnite atât la adult, cât şi la copil. De aceea se vor diferenția:

- perversități patologice ale copilului.
- perversități patologice ale adultului.

Când se pune problema distincției normal / patologic în cazul conştiinței morale?[135]

Henri Ey arată că, problema dacă perversitatea este normală sau patologică se pune numai din momentul în care copilul a devenit adult. Argumentul său este următorul: se poate vorbi de o insuficiență patologică a organizării conştiinței morale doar începând cu momentul în care această conştiință morală ar trebui să-şi atingă maturitatea (H. Ey 1952: 263).

O astfel de poziție, face aproape imposibilă distincția Normal / Patologic la copil, dat fiind că acesta nu a atins nivelul de maturitate al conştiinței morale. Prin urmare, nu s-ar putea pune problema existenței perversiunii patologice la copil. Conştient de aceste probleme pe care le ridică teoria organo-dinamică a perversiunii patologice, Henri Ey vorbeşte[136] despre dificultățile aplicării noțiunii de perversitate la copil. De aceea, el recomandă să nu se dea o extensiune prea mare acestui concept, ci să se aplice cu prudență, doar în următoarele cazuri:

1. arierații mintali (oligofreni) cu reacții perverse;
2. subiecții cu „nucleu de perversitate”;
3. subiecții cu structuri perverse nevrotice (p. 263).

Structura psihopatologică a acestor trei categorii de perversiuni patologice la copil, sunt descrise la paginile 262-3. Sunt diferențiate aici o serie de niveluri ale structurilor perverse infantile (H. Ey 1952: 262-3).

Conştient, ca de fiecare dată, de posibilitatea ca, aceste categorii nosologice să fie considerate, drept „pure construcții ale spiritului” (într-o viziune *antipsihiatrică*), Henri Ey se opreşte şi asupra aspectelor *ontologice* şi *epistemologice* ale perversiunilor ca „specii” clinice. *Realismul* cu privire la perversitățile patologice este abordat la p. 265.

Din punct de vedere e*pistemologic*, psihiatrul poate avea acces la aceste realități clinice, prin examenul minuțios al comportamentului şi al antecedentelor mişcării evolutive a personalității. Această realitate este cea care fondează studiul

[135] Subiectul este tratat de către Henri Ey în același *Étude No. 13* la pagina 263.
[136] La pagina 263 din *Étude No. 13.*

clinic al perversității patologice (p. 265). Nota de subsol de la aceeaşi pagină aminteşte şi rolul important al „testelor de caracter” în psihiatria infantilă (chestionarele tip Woodworth-Mathews, testele de baraj Pressey, testele lui May şi Hatshorne) – cf. H. Ey 1952: 265.

Patologia personalității în organo-dinamism

O clasificare a formelor „tipice” de destructurare a personalității umane, din punctul de vedere al teoriei psihiatrice organo-dinamice, poate fi reprezentată astfel:

I. Agenezii ale personalității
- structura oligofreniei;

II. Destructurări ale personalității
- structura psihopatică (caracteropatii, dezechilibre);
- structura nevrotică (nevroza isterică, nevroza obsesională);
- structura psihotică (structura psihozei cronice);
- structura demențială.

În cele ce urmează, le vom descrie pe scurt, pornind de la textele lui Henri Ey dedicate patologiei structurii diacronice a personalității.

Agenezii ale personalității

Teoria despre structura oligofreniei

Despre oligofrenii, nu avem propriu-zis o teorie structurală de tip organo-dinamic, Henri Ey preferând adesea să treacă peste capitolul *ageneziilor personalității*, atunci când prezintă concepția sa cu privire la maladiile cronice. Un spațiu mai extins este acordat acestor tulburări în manualul de psihiatrie (e. g. H. Ey et al 1967: 631-673) care ne va şi servi drept suport, în considerațiile următoare.

În introducerea capitolului X dedicat *stărilor de arierare mintală*, se arată că: „Arierările mintale (sau oligofreniile) sunt insuficiențe congenitale (sau în tot cazul cu debut foarte precoce) ale dezvoltării inteligenței. Clasic, ele se opun demențelor care sunt deteriorări ale unei inteligențe care se dezvoltase normal. Noțiunea de arierare presupune deci, pe cea de evoluție progresivă a dezvoltării inteligenței (...). Stările de arierare corespund unei încetiniri, apoi unei opriri a acestei evoluții la un nivel mai mult sau mai puțin deficitar, fără ca noțiunea de vârstă mintală să implice totuşi o corespondență reală cu un copil de aceeaşi vârstă. Noțiunea de *coeficient de inteligență* (Q. I. sau raportul dintre vârsta mintală şi vârsta reală înmulțit cu 100), de care cu greu ne putem dispensa, nu constituie decât un reper care nu ar trebui niciodată considerat ca definitiv, nici, aşa cum vom vedea mai departe, ca având o valoare în sine” (H. Ey et al. 1967: 631).

Problema capitală a acestui grup de afecțiuni cronice, îl reprezintă locul şi rolul jucat de ”psihoza infantilă”: „...organizarea relației arieratului cu lumea şi perturbările relațiilor de obiect se pot combina cu alterări neurologice şi se pot

manifesta printr-o simptomatologie în care se intrică în mod egal aspectul deficitar al personalității şi o organizare psihotică a eului" (H. Ey et al. 1967: 632).

Cu privire la ***structura personalității arieraților***, H. Ey et al (1967) continuă, spunând că: „mai mult, putem spune că, aceste deficite de evoluție care se structurează într-o manieră atât de complexă pentru a constitui *personalitatea insuficientului mintal*, par să se grupeze schematic, în jurul a doi poli: *tulburările instrumentale,* afectând structurările spațiale şi temporale, cele psihomotorii, cele praxice ale limbajului etc. şi *tulburările globale ale personalității* care țin de o *structură psihotică*" (H. Ey et al. 1967: 633).

În ceea ce priveşte clasificarea oligofreniilor, Henri Ey, fidel *principiului separației planurilor* clinic şi etiologic, împarte acest grup de afecțiuni astfel:

1. arierările clasate la *nivel clinic* cuprind: debilitatea uşoară şi medie, debilitatea profundă şi arierările profunde, indiferent de etiologia acestora.
2. arierările clasate după *factorii etiologici*, mai puțin sistematizate, cuprind afecțiuni de tipul: scleroza tuberoasă Bourneville, mongolismul, oligofrenia fenilpiruvică, idioția amaurotică familială, oligofrenia mixedematoasă etc. (H. Ey et al. 1967: 638).

Destructurări ale personalității

Teoria organo-dinamică privind structura psihopatică (caracteropatii, tulburări de personalitate)

În organo-dinamism, *patologia personalității* cuprinde toate bolile psihice cronice, inclusiv dezechilibrele sau caracteropatiile, care corespund cu ceea ce astăzi numim *tulburări de personalitate*.

Caracteropatiile sunt împărțite în două mari categorii:

1. agenezii ale caracterului;
2. disoluții sau regresiuni ale caracterului.

Agenezia caracterului înseamnă oprirea în dezvoltare, fixarea sau fixația, cum spune Henri Ey la „un fel de embriologie a personalității (de la 1 la 7 ani), un fel de Pre-Eu" (H. Ey et al. 1967: 43-44).

Disoluția sau regresia caracterului înseamnă că, pe un caracter adult, format, se produce o transformare, o modificare profundă. Transformarea trăsăturilor de caracter contrastează, spune Henri Ey cu sistemul constantelor caracteriale ale subiectului. Aceste schimbări caracteriale se instalează la un moment dat al istoriei personale a individului respectiv. Ele, pe de o parte, contrastează cu caracterul anterior al individului, iar pe de altă parte, nu sunt rezultatul dinamismului normal al caracterului care se poate schimba în timp, uneori ca efect al experienței personale, alteori ca efect al adoptării unor noi obişnuințe culturale – socializare secundară, enculturație[137] (H. Ey 1983: 240).

Nu trebuie să confundăm, atunci când dorim să înțelegem, în terminologia proprie a psihiatriei organo-dinamice, următoarele categorii de afecțiuni psihice :

---

[137] Ca urmare, trebuie să facem *diagnosticul diferențial* al modificărilor patologice ale caracterului, cu modificările normale ale caracterului, având sursa în istoria individuală şi culturală a persoanei.

a. **ageneziile caracterului** (caracteropatii constituționale) cu ***ageneziile Personalității*** (oligofreniile) ;
b. **regresiunile caracterului** (bulversări patologice ale caracterului) cu ***regresiunile Personalității*** (psihozele şi nevrozele cronice).

Patologia caracterului – considerații nosologice

Poziția realistă a lui Henri Ey privind bolile mintale ca specii ale unei clasificări clinice, are consecințe şi asupra **tulburărilor de caracter**. Christian Perring (2001: 3) aminteşte că anumiți critici ai psihiatriei s-au concentrat asupra unor boli mintale particulare (alcoolism, psihopatii, tulburarea de personalitate multiplă etc.) susținând că acestea nu sunt reale. Faptul că Henri Ey nu întemeiază realitatea bolilor mintale pe aspectul lor material (anatomo-fiziologic), nu înseamnă că ele nu sunt reale. Realitatea lor este întemeiată la alt nivel (fenomenologic-existențial). Aceste considerații se aplică şi tulburărilor de caracter, care fac parte, în organo-dinamism, din patologia personalității. Deşi nu sunt „entități" anatomo-clinice specifice, ele sunt, totuşi, reale pentru concepția organo-dinamică. Dacă sunt reale, sunt ele *tipuri naturale*? Wulff şi Pedersen (1990: 73-88) abordează problema clasificării bolilor, arătând că acestea pot fi „tipuri naturale" la cel puțin trei niveluri: clinic, patogenic şi etiologic. În opinia noastră, pentru organo-dinamism, bolile reprezintă tipuri naturale la nivel clinic, fiind denumite de Henri Ey, structuri psihopatologice „tipice" (H. Ey 1963).

Patologia caracterului – considerații psihopatologice

Psihopatologia personalității se caracterizează, în mod esențial, printr-o *tulburare a conştiinței de sine*: „Ceea ce caracterizează o astfel de tulburare este o anumită inconştiență a Eului, o anumită modalitate a lui de a nu mai putea să se sesizeze singur. Situația e întâlnită în patologia Eului alterat sau alienat, ea exprimând *modalitățile Eului de a fi ceea ce el nu este*, adică modalitățile amestecului şi inversiunii raporturilor Eului cu Altul. De aici, *Conştiința de Sine* ne apare ca fiind efectiv dată în structura ființei noastre conştiente, definindu-se, în esență*, prin dialectica raporturilor fondatoare ale identității, unității şi raționalității Subiectului constituit în Personalitate"* (H. Ey 1983: 237).

Psihopatologia caracteropatiilor se construieşte, în organo-dinamism, pornind de la:

a. Respingerea concepțiilor caracterologice despre personalitate conform cărora „'caracterul' nostru şi 'caracteristicile' lui constituie un ansamblu de proprietăți simple şi întâmplător repartizate în constituția genotipică a fiecărui individ, astfel încât patologia caracterului nu poate fi decât 'statistică'" (H. Ey 1983: 239). Socotim, spune Henri Ey, că aici este vorba de o eroare fundamentală (a tezei potrivit căreia caracterul este înțeles ca o asamblare de proprietăți originare şi simple) şi care este făcută, …de toate sistemele 'caracterologice' ale personalității (H. Ey 1983: 239).

b. Respingerea concepției statistice despre sănătate : „La fel 'trăsăturile de caracter', fiind izolate şi definite în 'tabele caracterologice' (unele dintre ele cuprind 2 sau 3000 de 'atribute', de factori ai ființei umane, altele doar câteva 'proprietăți' elementare), pot face din fiecare individ obiectul unei 'analize factoriale' care desprinde singularitatea mozaicului său caracterial, noțiunea de normal sau de patologic fiind reprezentată în acest caz de o curbă a lui Gauss**.** O astfel de interpretare poate să conducă la reducerea geniului, ca şi a nebuniei, la un mozaic de trăsături fizionomice, de aptitudini sau de dispoziții care suprimă problema creativității şi pe cea a alienării" (H. Ey 1983: 239). **„**Clinica anomaliilor caracterului nu poate fi aşadar abordată pornindu-se de la nişte prejudecăți constituționale, ci având la bază ipoteza genetică a formării caracterului. *Anomaliile structurii caracteriale* nu sunt proprietăți date, ci modalități de cuprindere a omului în caracterul său" (H. Ey 1983: 240).

La *omul normal*, **caracterul** este susceptibil de schimbare de-a lungul istoriei sale, sau în cadrul raporturilor cu alții şi cu evenimentele" (op cit. p. 240) „Dinamismul caracterului nu este altceva decât libertatea – relativă, dar 'fundamentală' – spre devenire, adică istoria persoanei, plasticitate în raport cu care psihopatologia Eului apare ca o **patologie a caracterului**" (op cit p. 240).

În ce constă **aspectul patologic al caracteropatiei** ? Iată ce spune Henri Ey în acest sens : „Într-adevăr, 'caracteropatia', forma patologică a caracterului, nu debutează decât odată cu **fixitatea** şi cu **fatalitatea caracterului**, cu imposibilitatea de a domina acestea sau de a le modifica potrivit propriei istorii. 'Fixația', 'fixitatea', 'constanța absolută', 'stereotipia' sunt simptomele patologiei unui Eu redus la o formă mai fixă decât cea 'primitivă', aparținând Pre-Eului, adică la forma unei părți a istoriei sale imposibile. Căci, în definitiv, *a avea tendințe* sadice sau masochiste, schizoide sau sintone este propriu oricărui om ; dar *a fi*, adică a te instala şi a rămâne în modalitatea masochistă sau sadic-anală a existenței tale sau în modalitatea introversiei sau extraversiei, aceasta înseamnă a te condamna *la a nu fi decât ceea ce eşti*, de a nu putea fi ceea ce nu eşti, adică a nu putea *deveni"* (H. Ey 1983: 241).

Tot în volumul *Conştiința*, mai apare un aspect patologic al caracteropatiilor, şi anume, **aspectul degenerativ**: „*Aspectul degenerativ* al acestor anomalii de caracter se referă la constelația care le uneşte într-o serie de factori biologici, morfologici sau funcționali proprii 'imaturării' lor, 'arierării lor afective', caracterului lor primitiv" (H. Ey 1983: 243).

Pentru a înțelege mai exact despre ce este vorba, vom face apel la ceea ce Henri Ey numeşte „dinamica conştientului şi a inconştientului". În *Manuel de Psychiatrie* (H. Ey et al.1967: 36-45) regăsim o serie de considerații teoretice cu privire la inconştient şi la raporturile sale cu conştiința şi personalitatea, care ne sunt foarte utile: „Schema vieții psihice pe care tocmai am expus-o, implică o *structură dinamică şi conflictuală* a acesteia. Într-adevăr, funcțiile, operațiile, organizările, dezvoltările şi construcțiile conştiinței şi ale persoanei constituie cupluri de forțe (uitare şi rememorare, nediferențiere şi diferențiere a câmpului conştiinței, automatism şi voință a atenției sau a sintezei psihice, pulsiuni afective şi control rațional, temperament şi persoană, funcții automatice gnoseo-praxice sau de limbaj

şi integrare reflexivă la nivel operaţional etc.). Ca şi cum ai spune că nimic nu este trăit sau construit în această arhitectonică dinamică şi care să nu ne trimită la *antagonismul dintre conştient şi inconştient.* Într-adevăr, pentru orice act psihic (percepţie, soluţie a unei probleme intelectuale sau afective, alegere, credinţă, judecată) putem spune că, acesta nu se constituie, nu se 'formează', decât contra unei infrastructuri de inerţie, de automatisme sau de forţe obscure care îi împiedică realizarea. Această infrastructură constituie *Inconştientul* în sensul cel mai larg al cuvântului" (op cit p. 36-37). La pagina 38 vom afla că Inconştientul se poate defini ca „infrastructură subiacentă sau marginală a vieţii psihice care nu intră în câmpul conştiinţei actuale sau care scapă constant cunoaşterii de sine" (op cit p. 38). Acestei infrastructuri i se descriu trei modalităţi fundamentale : 1. tonusul instinctivo-afectiv inconştient; 2. automatismul psihologic ; 3. baza inconştientă a Persoanei (op. cit. p. 38).

Ce idee trebuie să ne facem cu privire la această **componentă inconştientă a personalităţii** ? În primul rând vom reţine ideea că „sistemul Personalităţii conţine stadiile arhaice şi inconştiente ale evoluţiei sale" (H. Ey et al. 1967 : 43). Textul de la pp. 43-44 aduce precizări importante în acest sens : „Vom regăsi inconştientul în secţiunea longitudinală a vieţii psihice ca o dimensiune a acesteia. Într-adevăr, Eul se formează şi se construieşte, aşa cum am văzut, urmând o traiectorie care îl smulge exigenţelor experienţelor sale originale. Aceste exeperienţe sunt condiţionate prin *temperament, biotipologie* şi *tendinţe instinctivo-afective* care reprezintă modalităţile primare şi individuale ale vieţii psihice (sintonie, schizotimie, agresivitate, tendinţe la anxietate, la nepăsare etc.). Pe aceste dispoziţii primare, zise instinctive sau bazale se vor edifica primele experienţe ale vieţii de relaţie. Astfel se dezvoltă un fel de *embriologie a personalităţii (de la 1 la 7 ani)*, un fel de **Pre-Eu**. Însă sistemul personalităţii nu încetează să se dezvolte şi să-şi organizeze Lumea sa. Astfel încât, persoana adultă şi normală, deşi rămâne fixată la aceste dispoziţii caracteriale şi la primele sale experienţe vitale, nu încetează să le depăşească. Formarea şi evoluţia Persoanei apar aici ca o luptă interioară contra exigenţelor anacronice ale primelor şi arhaicelor formaţiuni personale ce constituie partea inconştientă, uitată sau 'preistorică' a existenţei. Problema existenţială a auto-construcţiei persoanei, presupune, ca o condiţie a însăşi dinamismului libertăţii sale, rolul unei necesităţi inconştiente reprezentate prin această parte din sine care scapă privirii noastre şi ne constrânge să ne descifrăm noi înşine pentru *a deveni* mai mult decât *suntem* şi mai mult decât *am fost* deja. În această perspectivă, inconştientul apare ca o fază *antecedentă*, uitată dar încă prezentă, a dezvoltării persoanei" (H. Ey et al. 1967: 43-44). Prin urmare, *inconştientul* ne apare totdeauna ca „un sistem de forţe obscure care rămâne fără încetare imanent, subiacent şi virtual în toate aspectele vieţii psihice" (op cit p. 44).

În clinică, spune Henri Ey, *tulburările de caracter* se prezintă în două forme diferite : **I. „anomaliile caracteriale" (personalităţi psihopatice, nevroze de caracter) ; II. „bulversări patologice ale caracterului"** (H. Ey et al. 1967: 123). În încheierea subcapitolului dedicat semiologiei tulburărilor de caracter, Henri Ey şi colab. fac următoarea precizare, foarte importantă, după părerea noastră: „Aceste **tulburări caracteriale** sunt cele care, cel mai adesea, sunt desemnate ca

tulburări de personalitate, căci acest dezechilibru psihic trimite la coeziunea şi la *echilibrul emoțional şi volițional* al personalității" (H. Ey et al. 1967: 123). Prin urmare, aşa cum aminteam încă de la începutul discuției noastre despre caracteropatii, în organo-dinamism, extensiunea conceptului de *tulburări de caracter* este mult mai mică decât extensiunea conceptului de *tulburări ale personalității*, care cuprind de fapt, toată patologia cronică a personalității. Propriu-zis, în orice boală psihică, fie ea acută sau cronică, apare o tulburare a personalității, o involuție a acesteia. Însă, în cazul ***caracteropatiilor*** ne aflăm la **un nivel superior** de organizare psihică, situat „între 'caracterul normal' şi Eul nevrotic, care constituie o malformație sau o regresiune la un nivel inferior de organizare a Eului" (H. Ey 1983: 244). Şi aceasta pentru că „patologia caracterului nu ne trimite la infrastructura persoanei ci la suprastructura sa, aceea unde identitatea Eului ca şi 'caracter' implică organizarea cea mai elaborată şi cea mai sistematică a manierei sale de a fi" (H. Ey et al. 1967: 122).

Vom înțelege astfel, de ce pe **scala disoluțiilor personalității**, dezechilibrele psihice sau caracteropatiile sunt situate imediat după palierul normalității, reprezentând prima formă, cea mai uşoară, de dezorganizare cronică a personalității, mai uşoară chiar decât nevrozele care constituie palierul imediat inferior.

Prin ce se caracterizează cele două clase mari de tulburări de caracter recunoscute de organo-dinamism ? Vom găsi răspunsul la această întrebare în *Manuel de Psychiatrie* (H. Ey et al.1967) şi în *Conştiința* (H. Ey 1983). Dar mai întâi, să vedem cum este descris în ansamblul său **Eul caracteropat** : „Am stăruit asupra acestui prim nivel (sau 'nivel superior') al *alterării Eului malformat în caracterul său* întrucât posibilitatea de a vorbi de o modalitate patologică a 'caracterului' situată în vârful şi nu la baza structurii Eului, dă sensul fenomenologiei Eului, alterat în alcătuirea sa caracterială. Această fenomenologie vizează Eul fără constituția sa etică, fără structura autonomiei şi libertății sale. Ceea ce lipseşte acestui Eu pentru a fi pe deplin stăpân pe el însuşi este conştiința scopurilor şi a proiectelor existenței sale, adică posibilitatea transcendentală de a şi le propune ca valori etico-istorice ale persoanei sale. El îşi pierde libertatea în interdicția, ca şi în permisivitatea sa absolută, adică atunci când se află la extremitățile unei alegeri imposibil de realizat. Fatalitatea anomaliei care plasează Eul într-o captivitate a caracterului său îl sustrage autonomiei voinței sale, conştiinței de sine, ca şi inițierii propriilor acțiuni. *Eului caracteropat* îi lipseşte deci libertatea, adică acea transcendență care îi face proprie istoria şi care astfel îi fundează disponibilitatea pentru sine însuşi…La nivelul cel mai înalt al patologiei lui, Eul (*le Moi*) se cunoaşte ca fiind 'cel' ce se află singurul în forma corpului sau, a gândirii şi acțiunii sale; şi personalitatea, fixată într-o *structură caracteropată,* este cea a cuiva care are propria-i istorie, una singură şi înghețată" (H. Ey 1983: 244-145). Prin aceasta, **caracteropatia** se deosebeşte de **nevroză**, în care se produce o *alterare a identității persoanei* (ibidem). Nevrozatul, spune Henri Ey în continuare, „este un om fără unitate, de unde noțiunile de descompunere sau de dedublare a personalității ori de structură conflictuală" (ibidem).

Forme ale patologiei caracterului în organo-dinamism

I. ANOMALIILE CARACTERIALE : „modalităţile reacţiilor individuale care formează caracteristicile individului sunt anormale, acuzate, invariabile şi jenante în relaţiile sociale. Activitate sau apatie, expansivitate sau introversie (caracter închis), bizarerii şi capricii, încăpăţânare sau nepăsare, cinism sau docilitate excesivă, sugestibilitate sau spirit de contradicţie, instabilitate sau inerţie, acestea sunt trăsăturile ce caracterizează aceste anomalii şi care atrag atenţia părinţilor sau educatorilor la copii – anturajul profesional sau familial la adulţi. Această patologie constituţională a caracterului se întâlneşte, ca organizare prenevrotică sau prepsihotică, la candidaţii la boli mintale cronice (nevroze, psihoze), sau la candidaţi la boli numite endogene sau constituţionale (psihoza maniaco-depresivă, schizofrenie, paranoia etc.). Ea merge împreună, adesea, cu stări de arierare intelectuală, fără însă să constituie apanajul exclusiv al acestora” (H. Ey et al. 1967: 123).

La pagina 121, găsim următoarea frază care ne indică specificul acestor forme de patologie a caracterului : „Aspectul cel mai fundamental al acestei patologii a caracterului (personalitatea psihopatică, nevroza de caracter) o reprezintă tocmai aceste forme de caracter, ca să spunem aşa, monolitice, care sudează individul la individualitatea sa temperamentală” (H. Ey et al 1967: 121). Prin urmare, în loc să depăşească temperamentul şi biotipul, personalitatea rămâne la nivelul unei forme arhaice a evoluţiei sale, sudat la caracteristicile psihologice ale temperamentului său. Aceste forme constituţionale ale patologiei caracterului se întâlnesc deci în *ageneziile* personalităţii (oligofrenii) şi pot constitui forme de *personalitate premorbidă* pentru alte afecţiuni cronice (personalităţi prenevrotice sau prepsihotice).

Sunt descrise două tipuri mari de anomalii caracteriale **:**

1. personalităţile psihopatice (forme patologice ale caracterului).
2. nevrozele de caracter[138]

1. PERSONALITĂŢILE PSIHOPATICE : „prin termenul de personalitate psihopată psihiatria clinică (cea spre care converg Kraepelin, Dupré şi şcoala sa, Kurt Schneider etc.) înţelege să definească ‘anomaliile constituţionale’ care nu pot fi radical separate de maladiile mintale, dar care sunt mai bine ‘caracterizate’ decât acestea tocmai pentru că ele nu sunt (Kurt Schneider) net ‘patologice’. Problema continuităţii sau a discontinuităţii, a cantitativului şi calitativului, pe care aceste anomalii o pun în cadrul patologiei personalităţii nu este aceeaşi cu problema pusă de noţiunea de personalitate” (H. Ey 1983: 244).

În lucrarea *Manuel de Psychiatrie* (1967) sunt descrise mai multe *tipuri de caractere patologice*: caracterul paranoiac, caracterul schizoid, caracterul isteric, caracterul sado-masochist, caracterul compulsiv sau obsesional (H. Ey et al. 1967 : 122-123). Limbajul în care sunt descrise aceste forme caracteriale, este de provenienţă psihanalitică, la fel ca şi unele denumiri (e. g. caracter sado-masochist, caracter compulsiv).

[138] Cf. H. Ey et al. 1967: 121-122; H. Ey 1983 : 243.

2. NEVROZELE DE CARACTER. La rândul său, conceptul de nevroză de caracter este de proveniență psihanalitică, aşa cum precizează însuşi Henri Ey (H. Ey 1983 : 243) : „Conceptul de nevroză de caracter (Reich) vizează acest aspect, al unui caracter care se constituie împotriva lui însuşi. Excentricitatea şi imaturitatea personalității nu sunt altceva decât structura regresivă a unui Eu care se modelează (chiar când el se opune) după un Pre-Eu ce este, în acelaşi timp, nucleu inconştient şi static, în jurul căruia persoana nu poate decât să se cristalizeze. Toate „mecanismele de apărare ale Eului" pot fi descrise ca legături care, departe de a-l elibera, leagă Eul de fantasmele pulsionale, reducând ființa noastră conştientă la o infrastructură a sa de tip robot". Prin urmare, *nevrozele de caracter* sunt „organizări ale caracterului fixate la structura caracteristică a unei faze de dezvoltare libidinală" (H. Ey et al. 1967 : 122). Astfel se descrie, spune Henri Ey, ***caracterul sado-masochist*** ca o organizare a personalității la stadiul sadic-anal, axat pe pulsiuni agresive care se vor satisface în căutarea sadică de a face rău (de a se încrâncena contra 'obiectelor') sau în întoarcerea masochistă a agresivității (juisarea în durere, nefericire şi eşec). La fel, ***caracterul compulsiv*** sau ***obsesional*** reprezintă o organizare a persoanei pe modelul fazei sadic-anale unde se opun plăcerea libidinală şi interdicția Supra-Eului, etc." (H. Ey et al. 1967: 122). Ceea ce au în comun aceste forme de caracteropatii, este „un proces de organizare a trăsăturilor de caracter (unde se combină şi se adaugă trăsăturile de caracter şi mecanismele de apărare ale Eului) pentru a forma un fel de personalitate anacronică, regresivă şi înlănțuită, parcă, la fatalitatea sa internă" (ibidem).

II. BULVERSĂRILE PATOLOGICE ALE CARACTERULUI : „se manifestă prin modificări profunde ale anumitor trăsături de caracter. Uneori i se întâmplă caracterului să sufere o veritabilă transformare care frapează, cu atât mai mult, cu cât ea contrastează cu sistemul constantelor caracteriale ale subiectului. Aceste profunde modificări ale fizionomiei psihologice ale personalității se întâlnesc mai ales la debutul marilor metamorfoze schizofrenice sau demențiale" (H. Ey et al. 1967: 123). Însă, fie că „este vorba de o femeie tânără serioasă şi temătoare care devine desfrânată şi cinică, sau de un om activ şi jovial care devine iritabil şi sumbru, în toate aceste cazuri *stilul* caracterului este cel care se schimbă primul, ca şi cum tocmai el era cel mai vulnerabil" (H. Ey et al. 1967 : 122). Aceste forme ale patologiei caracterului se pot instala la debutul şi însoțesc evoluția, fie a marilor psihoze (e. g. schizofrenia), fie a demențelor (e. g. boala Alzheimer). Ele reprezintă, spre deosebire de „anomaliile caracteriale", nu ***agenezii* ale personalității**, ci ***disoluții*** ale acesteia. Caracterul, suferă modificări profunde care contrastează, spune Ey, cu constantele caracteriale ale subiectului (H. Ey et al. 1967: 123).

Putem trage concluzia că ambele forme mari de patologie a caracterului se pot constitui în forme de ***personalitate premorbidă***, ce preced instalarea altor forme de boli mintale (nevroze, psihoze, demențe).

Continuitate şi discontinuitate între caracteropatii şi psihoze

Caracteropatiile preced psihozele acute / cronice

Tulburările caracterului (caracteropatiile / dezechilibrele) pot fi antecedente premorbide pentru psihoze (e.g. schizofrenii). Aceasta pune *problema continuităţii / discontinuităţii* între tulburările de caracter şi psihoze (Ch. Nuckolls 1997: 61), precum şi problema graniţelor între clasele de tulburări mintale (T. A. Widiger 2000: 18). Charles Nuckolls (1997: 61) aduce în discuţie şi o altă problemă: nu numai că tulburările de personalitate (*caracteropatiile* în organo-dinamism – n.n. VT) pot precede schizofrenia, dar în tabloul clinic al schizofrenilor se regăsesc „distorsiuni ale personalităţii care seamănă cu cele descrise pe Axa II din DSM" (Ch. Nuckolls 1997: 61).

Două comentarii merită făcute aici, din perspectivă organo-dinamică:

1.regăsim în acest text contemporan, o constatare care ne trimite la „principiul dublei disoluţii" al lui Henri Ey, conform căruia, în orice boală mintală (inclusiv în psihozele cronice, din care face parte grupul schizofreniilor), se produce atât o disoluţie capacitară, cât şi o involuţie a personalităţii (H. Ey 1975). Întrebarea care se pune este următoarea: există o diferenţă între tulburările de personalitate premorbidă în cazul schizofreniei şi distorsiunile de personalitate (*involuţia pesonalităţii* în termeni organo-dinamici – n. n. VT) pe parcursul evoluţiei bolii? În ce constă de fapt această diferenţă?

2.mai poate fi susţinută o separaţie între axele I şi II în DSM? Comentariile lui Ch. Nuckolls (1997) par să sugereze că nu. În acelaşi sens sunt şi comentariile lui T. A. Widiger (2000: 13-14). Două probleme clasice se pun în ceea ce priveşte trecerea între TULBURĂRI DE PERSONALITATE şi PSIHOZE: a. Trecerea implică intervenţia unui proces patologic suplimentar sau se face direct? b. Psihoza este diferită doar cantitativ sau diferă şi calitativ faţă de tulburarea de personalitate care o precedă? Ch. Nuckolls (1997: 61) pare să descrie doar o variaţie pur cantitativă între tulburările de personalitate schizoide, paranoide sau borderline şi tipurile corespunzătoare de schizofrenie. Din punct de vedere organo-dinamic, această poziţie nu poate fi acceptată, întrucât orice destructurare a edificiului psihic implică, nu doar o modificare cantitativă a funcţiilor psihice ci şi o restructurare şi o reorganizare pe un nivel structural inferior al corpului psihic.

Psihozele cronice preced caracteropatiile

Câteva cuvinte acum, despre caracterul primar sau secundar al caracteropatiilor. În *Étude* No. 13, Henri Ey arată că *perversitatea patologică,* formă a patologiei persoanei morale*,* nu este primară ci este „secundară unei stări de dezechilibru sau de disgenezie e personalităţii, stare care poate fi de un nivel mai mult sau mai puţin profund" (op. cit., p. 267).

La pagina 268 din acelaşi studiu, referindu-se la criteriile ce permit o definiţie a perversităţii patologice, Henri Ey precizează că: „Orice perversitate care pare secundară unei tulburări primordiale a dezvoltării psihice este patologică. Aceste tulburări primordiale apar la examenul clinic sub formă grosieră în cazul

arierării şi sub o formă mai discretă însă totuşi decelabilă, în cazul „dezechilibrului", a structurii psihopatice sau a 'nevrozei'" (H. Ey *Étude* No. 13, p. 268).

Teoria organo-dinamică a nevrozelor

În *Études psychiatriques*, volumul I, la pagina 272 aflăm caracteristica pe care o au în comun nevrozele: ele „apar ca o formă patologică a personalităţii, fie că aceasta nu ajunge la maturitate şi la echilibru, fie că a ajuns dar nu se poate menţine acolo". Isteria sau nevroza comunică, ne spune Henri Ey, într-o manieră profundă şi extinsă cu gândirea inconştientă ce caracterizează visul. Însă, constatarea acestei osmoze, spune în continuare autorul, nu este suficientă pentru a elabora o ***teorie organo-dinamică a nevrozelor*** (H. Ey 1952: 272). Pentru aceasta, este nevoie ca nevrozele să fie supuse analizei structurale care va pune în evidenţă *structura dublă, negativă şi pozitivă* a acestor afecţiuni psihice (ibidem).

Structura nevrotică[139]

Cu privire la *nevroze*, în general, Henri Ey spune că acestea trebuie considerate ca fiind forme de patologie situate la un nivel mai ridicat pe scala disoluţiilor psihice în raport cu *psihozele*[140]: „De aceea nevrozele ne apar în structura lor ca psihoze de un nivel foarte ridicat (*comme des psychoses d'un niveau très elévé*), ca afectări ale acestor forme de activitate psihică care prezintă cele mai mari dificultăţi şi necesită cea mai mare energie. Fiinţa normală, când se destinde sau când oboseşte, cade destul de uşor în leşinuri, emoţii, iritaţii, reverii imaginative, idei fixe sau obsedante. Dar ceea ce caracterizează *structura nevrotică*, este tocmai faptul că bolnavii nu mai pot ieşi din acest nivel. Dacă nevrozele sunt psihoze de un nivel foarte înalt, ele sunt, de asemenea, situate mai sus în traiectoria personalităţii. Aceasta şi mai ales masa de Inconştient cu conflictele sale, tendinţele sale, complexele sale, penetrează în întregime în organizarea nevrotică. În fine şi mai ales, nevrozele ar fi incomprehensibile, dacă nu am discerne, în structura lor, identitatea travaliului somn-vis. Acest travaliu, după cum am văzut, este caracterizat prin regresiunea conştiinţei, care tinde, în căderea sa, să reflueze către lumea inconştientă a imaginilor, către nucleul fantasmic (H. Ey 1952: 273).

Nu este oare aici exact acelaşi „travaliu"pe care îl regăsim în mecanismul *isteriei* şi al *nevrozei obsesionale*? Isteria, spune Henri Ey, reprezintă un vis fragmentat, în timp ce obsesia este un vis conştient. De aceea, „tot ceea ce Janet şi Freud au scris mai bine cu privire la aceste nevroze, se aplică riguros în această perspectivă, închizând cercul tuturor explicaţiilor posibile. Ele se completează, căci aşa cum cele două jumătăţi ale sferei de Magdeburg sunt ermetic închise, datorită vidului, ***structura negativă*** şi ***structura pozitivă a nevrozelor*** sunt intim cooptate prin

[139] A se vedea şi H. Ey 1996: 396-398.

[140] În *Traité des Hallucinations* (H. Ey 1973: 855) Henri Ey face o comparaţie între *nevroze* şi *psihoze*. Această comparaţie se regăseşte, într-o formă destul de elaborată, în volumul „*Schizophrénie*" (H. Ey, 1996).

travaliul „aneantizant” al visului pe care ele îl conțin, care le uneşte şi care le generează, într-o indisolubilă unitate” (H. Ey 1952: 273-274).

Teoria despre structura psihotică - structura psihozei cronice

Patologia personalității cuprinde bolile mintale cronice care „prin organizarea lor permanentă însă nu totdeauna ireversibilă, constituie forme patologice ale existenței. Caracterele lor comune sunt : 1. de a constitui tulburări mintale durabile, stabile şi uneori progresive ; 2. de a modifica mai mult sau mai puțin profund sistemul personalității” (H. Ey et al. 1967 : 359). Aceste destructurări dinamice ale sistemului personalității sunt ordonate, în general de către Henri Ey, aşa cum am amintit deja şi cum vom mai aminti pe parcursul acestei lucrări, după o *scală a nivelurilor de disoluție a corpului psihic*, pornind de la palierul cel mai înalt, spre disoluția cea mai profundă. Vom avea astfel pentru *patologia personalității*:

- dezechilibre
- nevroze
- deliruri cronice şi schizofrenii
- demențe (cf. H. Ey 1963: 746).

Observăm că, pe scala nivelurilor de disoluție, *grupul schizofreniilor* se află pe un palier, situat, ca grad de profunzime a destructurării psihice, între nevroze şi demențe. Din punct de vedere nosologic, *grupul schizofreniilor* intră în categoria mai largă a formelor de organizare delirante (vezanice) ale personalității – *grupul delirurilor cronice* (H. Ey 1996: 145-151). Acest *grup al psihozelor cronice*, ne spune Henri Ey „se caracterizează mai înainte de toate prin *delir*, adică printr-o alterare a *sistemului realității* care reflectă organizarea ‘*vezanică*’[141] a persoanei” (op. cit. p. 145).

Grupul psihozelor cronice (organizări vezanice ale personalității) cuprinde, la rândul său, două sub-grupuri:

1. *grupul schizofreniilor,* cu dezagregare psihică;
2. *grupul delirurilor cronice*, fără dezagregare psihică (ibidem).

După ce a împărțit genul în speciile sale, Henri Ey face următoarele precizări:

„a. ceea ce caracterizează *genul*, este o formă de dezorganizare a vieții psihice care implică, în mod esențial, persoana – în sensul că aceasta se alienează, şi nu se mai recunoaşte pentru ceea ce ea este „realmente” – şi aceasta este o formă de reorganizare imaginară a lumii, exclusiv după exigențe afective.

b. ceea ce diversifică *speciile* schizofreniei şi delirurilor cronice (şi printre acestea, sub-grupul delirurilor fantastice şi cel al delirurilor sistematice) este : 1. că *structura schizofrenică* este, în mod esențial, o formă de dezorganizare autistă a vieții psihice, care este vlăguită şi secătuită până la căderea într-o dezagregare sau, în orice caz, până la închiderea sa în fața lumii, astfel încât delirul este progresiv înfundat, submersat de către înaintarea deteriorării; 2. că *structura delirurilor cronice* este

[141] Aşa cum explică Henri Ey însuşi, acest grup al psihozelor cronice, a fost denumit, în secolul al XIX-lea, ‘Paranoia” sau ‘Verucktheit’ de către şcoala germană şi ‘Vésanie’ de către şcoala franceză, având aici sensul de alienare mintală, în general – cf. H. Ey 1996: 145.

caracterizată prin suprastructura imaginară compensatorie a unei dezorganizări minime, astfel încât acesta este submersat de către primul" (H. Ey 1996: 150).

În urma unei analize structurale, se ajunge la o nouă diviziune, de data aceasta în cadrul grupului delirurilor cronice care se va împărți în două categorii:

- grupul psihozelor delirante fantastice (parafreniile nosografiei clasice);
- grupul psihozelor delirante sistematice (paranoia în nosografia clasică).

Prin urmare, grupul *psihozelor cronice* este compus din trei tipuri de structuri vezanice:

1. schizofrenii;
2. psihoze delirante fantastice;
3. psihoze delirante sistematice (op. cit. p. 150).

Schizofrenia: boală sau structură psihopatologică ?

După ce am determinat poziția nosografică a grupului schizofreniilor, ne vom ocupa de schizofrenia în sine, înțeleasă ca *structură psihopatologică*, aşa cum o fundamentează teoria organo-dinamică a schizofreniei.

Vom insista doar asupra faptului că, separarea planurilor *etiologic* şi *clinic (semiologic),* are o serie de consecințe[142] importante, atât asupra teoriei organo-dinamice în general, cât şi asupra teoriei organo-dinamice a schizofreniei, înțeleasă ca *structură psihopatologică*. În acest moment ne vom concentra numai asupra uneia din consecințele importante şi anume, re-definirea statutului nosografic al schizofreniei.

Sunt create condițiile de posibilitate pentru punerea întrebării**:** *sunt bolile pe care le-au descris în mod tradițional psihiatrii, într-adevăr boli mintale în sensul tare al cuvântului sau sunt mai degrabă structuri psihopatologice?*

Un exemplu semnificativ îl constituie cazul schizofreniei, în raport cu care, punând această întrebare, Henri Ey aminteşte că: „Demența precoce a fost şi este considerată, adesea, ca fiind o boală. Unii, ținând cont de faptele de ereditate psihopatică, regăsite frecvent în familiile bolnavilor atinşi de această afecțiune, au avut tendința de a o considera ca fiind constituțională; alții, scoțând în relief caracterul deficitar al capacităților (semn de disoluție), au atribuit-o, dimpotrivă, unui proces dobândit. Este probabil că, această manieră de a vedea lucrurile, este responsabilă de tendința de a considera ca fiind constituționale formele uşoare, caracterologice ale psihozei (schizoidia) şi ca fiind dobândite, formele deficitare (demența precoce). Actualmente, nimeni nu ar mai considera această psihoză ca depinzând de o etiologie unică. Bleuler recunoştea deja multiplicitatea elementelor etiologice […]" (H. Ey 1975: 163).

La pagina 196 (H. Ey, 1975), Henri Ey revine asupra acestei probleme a statutului nosografic al schizofreniei: este schizofrenia o entitate anatomo-clinică cu etiologie specifică sau o structură psihopatologică cu etiologie multifactorială? Alegerea lui

142 Pentru o analiză mai amplă a acestor consecințe ale principiului separației, a se vedea articolul nostru apărut în revista *Psihiatru.ro* (V. V. Toma, 2005).

Henri Ey înclină, evident, în favoarea definirii schizofreniei ca structură psihopatologică, având doar o valoare sindromică (cf. H. Ey 1975: 196).
Aceasta înseamnă că, în cadrul clinicii organo-dinamice, trebuie să renunțăm la cercetarea factorilor etiologici ai schizofreniei? În nici un caz, nu acesta este sensul considerațiilor teoretice de până acum. Dimpotrivă, ne spune însuşi Henri Ey „o atare concepție face chiar mai imperioasă cercetarea, în fiecare caz particular, a factorilor etiologici şi necesitatea de a face un tratament etiologic" (H. Ey 1975: 196). În fond, spune Henri Ey, „este într-adevăr imposibil să nu vezi că persoana schizofrenului nu se constituie ca atare, renunțând să mai fie cineva constituindu-se într-o 'ființă-în-lume'al cărei imaginar este singura sa lege, decât prin efectul unei complexități de factori etio-patogenici" (H. Ey 1996: 411).
Subliniind „aspectul multidimensional al etiologiei bolilor mintale" (H. Ey et al. 1967: 544) Henri Ey atrage atenția asupra următoarelor aspecte :

- schizofrenia nu poate fi considerată ca o stare lezională sau constituțională[143] ;
- schizofrenia nu poate fi redusă la unul sau altul din factorii săi organici sau psiho-sociali (H. Ey et al. 1967: 544).

Prin urmare, în organo-dinamism, *schizofrenia* este definită astfel: „schizofrenia este o formă de delir cronic caracterizat printr-o dezorganizare progresivă a vieții psihice şi mai ales a persoanei care pierde legăturile sale cu Lumea reală şi o organizare a unei lumi autistice care are tendința să se închidă din ce în ce mai mult" (H. Ey 1996: 386). Schizofrenia, spune Henri Ey, este „o formă de existență în care imaginarul este convertit în lege absolută, adică în Delir. Schizofrenia este, în această privință, în mod esențial un demers, un itinerar care se îndreaptă spre distrugerea realității, nu doar a celei care este trăită în experiența sensibilă, ci şi a celei care este concepută ca un sistem de valori logice, etice şi estetice" (H. Ey 1996: 410)

Conceptul de „proces schizofrenic" este esențial pentru înțelegerea teoriei schizofreniei la Henri Ey. Acesta reprezintă „în acelaşi timp o *neputință* şi o *trebuință*, adică el este supus legii distanței organo-clinice pentru care este ilustrarea cea mai tipică. A fi, sau mai exact, a deveni schizofren înseamnă ca, sub condiția „negativă" (endogenă sau exogenă) a unei malformații congenitale sau poate dobândite ocazional (neputință), să-ți dirijezi „pozitiv" viața în sensul unei rupturi de comunicare cu celălalt (trebuință). Şi tocmai între aceste două coordonate se înscrie curba destinului schizofrenicului" (H. Ey 1996: 425-6).

Acest *proces schizofrenic* însă, ne atrage atenția Henri Ey, „nu trebuie asimilat cu o afecțiune propriu-zis somatică, sau mai bine zis, nu trebuie să-l reducem la o formă simptomatică a unei afecțiuni organice în sensul obişnuit al

---

[143] Este respinsă astfel ca nefiind pertinentă, distincția clasică între psihoze "endogene" şi psihoze "exogene". Pentru Henri Ey nu se pune problema dacă schizofrenia este sau 'endogenă' sau 'exogenă'. Ea este şi una şi alta, prin urmare, nu poate fi redusă nici la o stare lezională cu determinism exogen pur, nici la o stare constituțională cu determinism endogen pur. Pertinentă pentru organo-dinamism este distincția între patologia acută şi cea cronică, între structuri psihopatologice acute (psihoze acute) şi structuri psihopatologice cronice (psihoze cronice) iar schizofrenia reprezintă o structură psihopatologică cronică– cf. H. Ey et al. 1967 : 212 ; H. Ey 1996 : 354.

termenului, unde se poate vorbi de exemplu, de tulburări mintale post-traumatice, encefalitice, etc. Căci, chiar dacă se pot întâlni şi cazuri de acest gen, procesul organic cerebral nu constituie însă, o cauză suficientă pentru dezvoltarea unei schizofrenii. Patologia caracterizată prin destructurarea câmpului conştiinţei, nu constituie prin ea însăşi, o cauză suficientă" (H. Ey 1996 : 425).

Semnificaţia clinică a viziunii organo-dinamice asupra schizofreniei

Care este impactul acestei viziuni structuraliste asupra *clinicii psihiatrice*? În opinia noastră, structuralismul organo-dinamist în clinica schizofreniei, atrage după sine:

- necesitatea unor metode de observaţie şi analiză a evoluţiei procesului schizofrenic;
- deschiderea către o *abordare pluridimensională* a cazurilor clinice de schizofrenie (şi nu numai !) care să depăşească limitările impuse de reducţionismul biologist sau comportamentalist[144]: abordarea clinică (semiologică), psihodinamică, fenomenologic-existenţială, etio-patogenică;
- îmbogăţirea analizei clinice cu *analiza structurală* de tip organo-dinamic ;

Teoria despre structura demenţială

În *Étude No. 8* Henri Ey scrie, în legătură cu psihozele cronice, din care face parte şi structura demenţială, următoarele:

„Unele dintre aceste psihoze sunt caracterizate printr-o atingere, în acelaşi timp, a organizării câmpului conştiinţei cât şi a traiectoriei personalităţii. O „stare demenţială" reprezintă, evident, o anumită „slăbire intelectuală", adică o incapacitate pentru conştiinţă de a se ridica la nivelul operaţiilor, despre care noi am spus, mai sus, că acordează existenţa subiectului la realitatea obiectivă. Tot ceea ce numim tulburări de memorie, tulburări ale asocierilor, ale orientării etc..., corespunde acestei tulburări negative. Această incapacitate favorizează producţia *fantasmică* până la punctul la care nu mai există demenţe fără delir, fără o „tentă delirantă" a vieţii psihice. În plus, traiectoria însăşi a personalităţii se află profund alterată, mai întâi ca dezvoltare istorică, deoarece dementul „pierde conştiinţa" de sine, conştiinţa situaţiei, a continuităţii şi a unităţii persoanei sale sub multiplicitatea evenimentelor. Mai apoi ca scală a valorilor ce determină un program vital, deoarece dementul este în acelaşi timp, tulburat în „judecata sa", în sentimentele sale morale, adică a pierdut capacitatea de a se plasa într-o perspectivă logică şi etică" (H. Ey 1952: 270).

Prin ce se aseamănă şi prin ce se deosebeşte structura demenţei senile, în raport cu structura schizofreniei, mult timp denumită demenţă precoce? Iată ce va spune Henri Ey în această privinţă:

„Un „schizofrenic", adică un bolnav atins de o evoluţie demenţială de un nivel mai puţin profund, prin „disocierea" activităţii sale psihice, este plasat într-o

[144] Vezi şi E. Corin (1989).

situație analogă. Sindromul primar sau negativ al acestei disocieri, alterează câmpul conştiinței sale şi provoacă o elaborare „autistă" a gândirii delirante, reprezentând partea pozitivă sau secundară a simptomatologiei sale. Şi aici, de asemenea, există ceva în plus; viața sa psihică, în întregime sau aproape, trăită în registrul unei experiențe delirante primare, ieşită din structura tulburată a conştiinței sale schizofrenice, antrenează o modificare profundă a personalității sale. Aceasta tinde să se dizolve, să se sfărâme, să se volatilizeze în țesutul inextricabil şi incoerent al evenimentelor delirante şi în dezorganizarea haotică, durabilă, a conştiinței. Traiectoria sa se destinde şi se disperseazā, încetând de a mai susține unitatea persoanei şi a istoriei sale" (H. Ey 1952: 271).

Teoria despre boala mintală în organo-dinamism

Realism şi anti-realism cu privire la statutul nosografic al bolii mintale

Pozițiile anti-realiste cu privire la boala mintală au fost împărțite în două mari categorii:

I. concepții care neagă realitatea tuturor bolilor mintale;
II. concepții care neagă doar realitatea unora dintre bolile mintale (Ch. Perring, 2001a).

Printre *concepțiile anti-realiste* din prima categorie se încadrează şi poziția lui Thomas Szasz care consideră că bolile psihice nu sunt reale, ele nici măcar nefiind boli în sensul adevărat al cuvântului, acest statut revenindu-le doar bolilor somatice (Th. Szasz, 2000). Realitatea bolii somatice este dată de realitatea materială, anatomo-fiziologică, a corpului uman[145].

Psihiatrii în genere, au considerat însă bolile psihice ca fiind boli reale, încercând să le asimileze cu bolile somatice. Unii le-au identificat pur şi simplu cu acestea, alții au încercat să surprindă diferențele specifice ale bolii psihice în raport cu boala somatică.

Căutarea entităților patologice reale a fost unul din obiectivele principale ale marilor clinicieni (e. g. Kraepelin citat ca atare în K. Jaspers 1963: 569). Pentru a identifica pe cât posibil **„tipuri naturale"** (*natural kinds*) au fost formulate o serie de *criterii.* K. Jaspers descrie aceste criterii în succesiunea lor istorică: *forme psihologice de bază, etiologie specifică, substrat anatomic (procese cerebrale), evoluție, stadiu final* (1963 : 565). Acest tip de cercetare, condus de ideea unor „entități nosologice" nu a condus la rezultatul aşteptat, din motive care țin de specificul însuşi al patologiei psihiatrice.

Realismul nosografic al lui lui Henri Ey

Henri Ey vorbeşte despre acest tip de cercetare în psihopatologie, ca despre „marea iluzie a entităților anatomo-clinice" (H. Ey 1963 : 742) a cărei idee centrală era de „a lega fizionomia patognomonică a unei boli mintale de un proces etiologic

[145] A se vedea aici M. Foucault care în *Naşterea Clinicii* vorbeşte despre spațializarea secundară a bolii în organismul uman (M. Foucault 1998: 27).

specific" (H. Ey 1963: 742). Această idee, spune Henri Ey, este de nesusținut, întrucât „'bolnavul mintal' nu poate fi confundat cu substratul său anatomo-fiziologic, fie că îl cunoaştem, fie că îl presupunem" (H. Ey 1963: 742).

Întrucât realitatea bolii nu mai poate fi fondată pe realitatea substratului său anatomo-fiziologic, există riscul de a te situa pe o poziție anti-realistă, care să nege orice realitate bolii mintale. Henri Ey este perfect conştient de acest risc şi va încerca să găsească un nou fundament pentru poziția sa realistă privind boala mintală (H. Ey 1963: 743). Ca o observație, merită amintit aici că există o conexiune strânsă în organo-dinamism, între natura bolii şi natura omului, între Medicină şi Antropologie.

Demersul argumentat al lui Henri Ey are mai multe etape:

- respinge ca invalidă inferența care spune că, întrucât nu corespund unor entități etiopatogenice specifice, bolile mintale nu există (vezi H. Ey 1963: 743);
- situează realitatea bolii mintale la nivelul fenomenologic (cf. H. Ey 1963: 740, 743) arătând că teza a II-a a organo-dinamismului (teza fenomenologică) „permite să fie sesizate, în **realitatea lor fenomenologică** (H. Ey 1963: 740) forme de conştiință sau de existență patologice, destul de tipice pentru a constitui „specii clinice"…obiect al unei patologii bazate înainte de toate, pe clinică" (H. Ey 1963: 743)
- respinge teza (tot de origine antipsihiatrică) conform căreia boala mintală se situează la nivel supra-individual, social sau cultural, individul fiind doar victima unei societăți bolnave (e.g. teoria *double-bind* în etiologia schizofreniei) sau a inadaptării la normele unui grup cultural. Henri Ey respinge, de asemenea şi teoria etichetării sociale (H. Ey 1963: 740);
- respinge poziția nominalistă privind boala mintală;

Ceea ce putem remarca este faptul că Henri Ey situează în plan fenomenologic – existențial atât OBIECTIVITATEA cât şi REALITATEA bolii psihice (H. Ey 1963 : 738, 740).

În ce constă **realitatea bolii mintale**? La paginile 740-742 din textul său publicat în *Die Psychiatrie der Gegenwart* (1963), Henri Ey arată că, realitatea acestei „boli a realității" constă într-o cădere sau plonjare în irealitate şi imaginar. Această „negativitate", această tendință la aneantizare a realului[146], este cea care constituie realitatea bolii mintale (H. Ey 1963: 741). Această cădere în irealitate şi imaginar, are tendința, spune Henri Ey, prin structurarea însăşi a ființei psihice, de a fi trăită şi gândită de către subiect (i. e. pacient) ca o realitate, deci, ca non-patologică[147] (H. Ey 1963 : 740).

Aceste discuții cu privire la realitatea bolii mintale, vor fi transpuse la un nivel mai general, al ştiinței medicale în ansamblul ei, atunci când, în *Naissance de la Médecine* (1981), Henri Ey face o analiză a obiectului Medicinii şi a naturii bolii, spunând că, acest obiect are un caracter natural, urmând ca apoi să se precizeze dacă

[146] Despre această negare a realității la pacienți schizofrenici, vorbeşte şi E. Hersch (2003).

[147] De aici se poate înțelege şi specificul *conştiinței bolii* la pacienții psihici (H. Ey 1963: 739).

este vorba de un obiect natural fizic sau un obiect de natură morală (etico-culturală) – cf. H. Ey 1981: 225).

Recunoaştem ca fundal al acestei distincţii, disputa ***nature / nurture***, clasică în antropologia culturală. Soluţia lui Ey este din nou, dialectică, propunând un model sintetic numit model organismic sau organo-dinamic al bolii. Prin urmare, şi în ceea ce priveşte boala în genere, ca obiect al Medicinii, Henri Ey respinge reducţionismul mecanicist. Acesta reduce realitatea bolii la substratul ei anatomo-fiziologic.

Realitatea bolii mintale – etape istorice. O cronologie inversată

Henri Ey face o mutaţie importantă în ceea ce priveşte stabilirea caracterului real al bolii mintale. El arată că boala nu este reală pentru că reprezintă o entitate anatomo-fiziologică cu etiologie specifică (în acest caz realitatea bolii coincide, sau este dată de realitatea materială a corpului). Boala este reală, iar realitatea sa este de ordin fenomenologic-existenţial (boala este o formă de experienţă şi de existenţă patologică, o manieră de-fi-în-lume" patologică[148]).

Fondarea realităţii bolii pe realitatea corpului, este o realizare relativ recentă a Medicinii, care apare, aşa cum arată Michel Foucault, odată cu „spaţializarea secundară" a patologicului, specifică medicinii anatomo-clinice (M. Foucault 1998: 19, 27).

Spatiul esenţial al bolii şi *spatiul corpului* se vor suprapune. După ce medicina somatică adoptă această poziţie, va veni rândul medicinii mintale să preia cuceririle medicinii (sau metodei) anatomo-clinice, patologizând nebunia, care se va „spaţializa secundar" în corpul uman, în special la nivelul creierului (dar nu exclusiv, după cum o indică cel puţin la E. Esquirol (1838) „teoria simpateticului" prin care boala putea fi situată la distanţă, în alte organe, dar provocând „prin simpatie" o afectare a creierului care va da simptomele de alienare).[149]

Înainte de această întâlnire a spaţiului bolii şi a spaţiului corpului, în cadrul a ceea ce tot Foucault numeşte „medicina speciilor", **realitatea bolii** era fondată pe **realitatea lumii esenţelor** (analoge formelor „platoniciene") care nu se manifestă la nivel fizic decât sub forma unor „accidente", realizări imperfecte ale unor forme ideale, perfecte (M. Foucault 1998: 25).

Probabil că, înainte de această concepţie „platoniciană" a bolilor ca forme (eidos), se situează concepţia magică a bolii ca *forţă a Răului care pătrunde din exterior, ca un corp străin*[150]*, în corpul viu al omului*, producând starea de suferinţă sau chiar moartea. Henri Ey nu încetează să repete acest principiu fundamental al concepţiei sale despre boală : *boala nu este un corp străin care pătrunde din exterior în organism, ci reprezintă o dezorganizare a organizării corpului* (a corpului fizic, în cazul bolii somatice şi a corpului psihic în cazul bolii mintale)

[148] A se vedea şi L. Binwanger (2000).
[149] A se vedea Esquirol (1838), precum şi Foucault *Istoria nebuniei în epoca clasică* (1996) privitor la « doctrina simpateticului » în patogenia bolilor mintale în perioada alienistă.
[150] A se vedea aici teoria bolii ca un corp străin, ca forţă magică externă – G. Canguilhem 1966, Henri Ey 1981.

acest lucru semnificând tocmai distanța pe care psihiatria organo-dinamică înțelege să o ia în raport cu orice concepție pre-științifică despre boala mintală, care ar accepta o doctrină etiologică de tip magic sau mistic.

Teorii despre boală în ontologia medicală

Istoricul şi epistemologul francez al medicinii, Georges Canguilhem (1966) face distincția între următoarele două poziții ontologice opuse privind boala:

1. **monismul** – care susține că patologicul nu este diferit ca statut ontologic față de normal sau fiziologic. Între ele există numai o diferență de grad, patologicul fiind o variație în plus sau în minus față de fiziologic (aşa numita „dogmă patologică a secolului al XIX-lea" sau principiul lui Broussais).
2. **dualismul** – care susține că patologicul diferă de fiziologic nu numai cantitativ ci şi calitativ. ***Dualismul*** a fost asociat cu o doctrină realistă de tip platonician[151], bolile fiind considerate ca fiind esențe imuabile ce pătrund din exterior în organism producând suferință **(„teoria ontologică" a bolii** – G. Canguilhem, 1966). Un astfel de dualism ontologic a fost susținut de medicina secolului al XVIII-lea, pe care M. Foucault o numeşte „medicina speciilor" (M. Foucault *Naşterea clinicii* 1998). ***Dualismul*** se asociază şi cu teoria conform căreia, boala reprezintă o dezorganizare a organizării corpului, un dezechilibru între forțe opuse aflate în mod normal în echilibru – **„teoria funcțională" sau dinamistă a bolii** (G. Canguilhem, 1966). Teoria dinamistă recunoaşte o heterogenitate între normal şi patologic.

[151] Henri Ey respinge *realismul platonician* privind boala, de asemenea și *nominalismul.* El susține un *realism naturalist şi materialist* în ceea ce priveşte boala somatică (H. Ey, 1981) şi un *realism de natură fenomenologc-existențială* în ceea ce priveşte boala mintală (H. Ey, 1963).

TABEL 3: CRONOLOGIA PRINCIPIILOR PATOGENICE ŞI A TEORIILOR DESPRE BOALĂ

Principii patogenice	**Raportul Normal / Patologic**	**Teoria despre boală**	**Poziţia ontologică**	**Observaţii**
Medicina sec. al XVIII–lea („medicina speciilor”) (M. Foucault 1998)	Raportul a două naturi diferite: natura bolii şi natura umană; boala ca o contra-natură (M. Foucault 1998)	Ontologică	Dualism	Poziţie realistă (platoniciană) în raport cu natura bolii; boala este o entitate, o esenţă care intră în corp, având o realitate proprie, o natură diferită de natura corpului (dualism ontologic).
Principiul lui Broussais („dogma sec. al XIX-lea”)	Identitate calitativă şi diferenţă cantitativă	Ontologică	Monism	Poziţie anti-realistă în raport cu statutul ontologic al bolii: se neagă realitatea faptului patologic; patologicul nu este decât o variaţie cantitativă a fiziologicului (G. Canguilhem 1966).
Principiul lui F. E. Anstie (H. Ey 1975: 61)	Diferenţă calitativă şi cantitativă	Dinamică	Dualism	Vitalismul lui Xavier Bichat (1800) recunoaşte originalitatea faptului vital. Viaţa este totalitatea forţelor care se opun morţii. Boala va fi văzută ca viaţă patologică ce anticipează moartea (G. Canguilhem 1966, M. Foucault 1998).
Principiul lui J. H. Jackson (H. Ey 1975: 61)	Diferenţă calitativă şi cantitativă	Dinamică	Dualism	Prin urmare, boala va avea o realitate, însă, acesta va fi realitatea corpului bolnav; se adoptă deci o poziţie ontologică dualistă, însă diferită de dualismul medicinii speciilor (realism platonician)
Principiul lui Henri Ey (principiul dublei patogenii)	Diferenţă calitativă şi cantitativă	Dinamică	Dualism	Poziţie realistă şi naturalistă privind natura bolii somatice; boala va avea o realitate, însă acesta va fi realitatea corpului bolnav; se adoptă deci o poziţie ontologică dualistă; poziţie realistă, fenomenologic-existenţială privind boala mintală.

Adoptarea unui model organo-dinamic al maladiilor mintale

Cu privire la acest model al bolii mintale în organo-dinamism, Henri Ey va spune următoarele: „Dacă, dimpotrivă, vom considera creierul ca pe organul însuşi al integrării vieții de relație, dându-i termenului de integrare sensul său cel mai tare, vom fi conduşi la a considera organizarea corpului uman ca pe o organizare ierarhică ce nu se construieşte decât printr-o *ontogeneză specifică* la baza sa (corpul) şi o *ontogeneză individuală* la vârful său („corpul psihic") – de unde două corolare fundamentale: primul, este că nici o parte a organismului nu funcționează ca o mecanică, întrucât legea organizării sale este finalitatea sa; al doilea este că, patologia „corpului psihic" este într-adevăr efectul unei dezorganizări organice, dar care constituie o 'disoluție' (o inversare a mişcării evolutive de integrare) a „corpului psihic" (H. Ey 1975: 217).

Consecințele adoptării unei teorii dinamiste despre boala mintală

Adoptarea **teoriei funcționale (dinamiste) despre boală**, are câteva consecințe importante :

- sănătatea e o stare de echilibru a unor forțe opuse.
- după modelul corpului fizic în care forțele vitale se echilibrează pentru a se opune morții, corpul psihic e menținut în stare de sănătate prin echilibrarea forțelor psihice opuse, conştiente şi inconştiente care sunt într-un dinamism permanent;
- boala reprezintă o stare de dezechilibru, în care forțele inconştiente invadează conştiința (*patologia conştiinței*) şi/sau personalitatea (*patologia personalității*), stare de dezechilibru care nu reprezintă o stare de dezordine ci, o nouă ordine, inferioară stării de echilibru proprie sănătății; regăsim aici viziunea dinamistă despre boală a lui Kurt Goldstein care, aşa cum sugerează G.Canguilhem, poate fi teoretizată cel mai bine prin apelul la *teoria ordinii* a lui H.Bergson conform căreia nu există haos, nu există dezordine ci numai trecerea de la un tip de ordine la alt tip de ordine. Boala ca dezechilibru, în sensul de „nouă ordine" a fost teoretizată de G.Canguilhem (1966) şi arată că tabloul clinic reflectă „o nouă alură stabilizată a vieții".
- vindecarea nu poate conduce la „retitutio ad integrum", deoarece organismul nu mai poate reveni la ordinea inițială, caracteristică stării de sănătate de dinainte de boală[152].

Este destul de greu de înțeles postulatul organic al lui Henri Ey care face ca orice boală psihică să fie o *somatoză*, adică o afectare organică, somatică. Există totdeauna, undeva în trecutul bolnavului psihic, o atingere a infrastructurii somatice a arhitecturii corpului psihic, care va slăbi întreaga construcție a corpului psihic, constituind un teren favorabil, o predispoziție față de o agresiune ulterioară. E adoptată aici, în ceea ce priveşte etiologia bolilor psihice, o poziție organogenetică ce exclude tezele psihogenetice şi sociogenetice.

[152] Pentru Henri Ey însă, *vindecarea completă este posibilă, cel puțin în cazul psihozelor acute.*

Postulatul organic s-ar putea înțelege tocmai prin referire la teoria ordinii şi la imposibilitatea lui „restitutio ad integrum" precum şi a principiului formulat de W. Griesinger (1845) şi reluat de K. Jaspers (1963) conform căruia psihicul nu poate fi afectat decât pe calea creierului. Despre toate acestea am vorbit pe larg, într-unul din subcapitolele anterioare.

Undeva, în trecutul pacientului, intrauterin sau post-natal, apare o afectare a creierului care se vindecă, însă nu complet, ramânând ca un *teren vulnerabil*[153] pentru alte accidente patogene.

Vulnerabilitatea (terenul predispozant) poate fi şi de natura ereditară.

Genele patologice la nivel neuronal, pot proveni de la generațiile anterioare. De aici necesitatea de a studia aspectele legate de genetica bolilor psihice şi problemele ce țin de „partea respectivă a eredităţtii, constituției şi mediului în patogenia tulburărilor mintale." [154]

Dacă ne aducem aminte arheologia conceptului de boală, descrisă de Henri Ey în *Naissance de la Médecine* (1981), putem spune că în viziunea organicistă, boala ca traumă (ca leziune) este situată ca debut (debutul fiziopatologic, ce diferă de debutul clinic) în trecutul persoanei bolnave. Trauma inițială afectând creierul, produce o dezorganizare urmată de o reorganizare într-o nouă ordine, inferioară, stării mintale de sănătate, ceea ce va constitui o diateză, o predispoziție, o vulnerabilitate biologică la o serie de factori etiologici ulteriori.

Nu putem să nu facem o paralelă între modelul biologic al traumei inițiale şi modelul psihanalitic al traumei originare, cu diferența că trauma e intrapsihică. Trauma psihică e căutată de asemenea în trecutul bolnavului. De aici rezultă dubla importanță a trecutului persoanei bolnave, în organo-dinamism, trecut care este reconstituit diferit în anamneza de tip medical şi în metoda psihanalitică.

Boala mintală este mai „umană" decât boala somatică

În *Étude No.2* Henri Ey face din nou referire la neurologul german Kurt Goldstein, despre care spune că: „Pentru el, boala este o *reacție catastrofică* ce se substituie comportamentului ordonat…. Şi dacă bolnavii (*les malades nerveux*) de care s-a interesat în mod special, sunt bolnavi care „au pierdut posibilitatea de a se adapta la posibil", putem spune că orice bolnav pe care îl studiază patologia generală, a pierdut posibilitatea de a se adapta la necesitate.

Ceea ce conduce la distingerea, în **patologie**, a două planuri diferite: un plan al comportamentelor morbide la *nivelul contingenţelor* şi al *adaptării vieții de relație* şi un alt plan, al comportamentelor pe *nivelul funcțiilor propriu-zis vitale*. Se înţelege că „boala nervoasă" apare în acest sens mai „umană" decât „boala organică„ (*Étude No. 2* p.44).

Mai departe, în acelaşi studiu, Henri Ey adaugă : „Considerarea umanității corpului nostru şi nu doar a animalității, vegetativității sau a universalității sale, înseamnă în mod fatal să introducem în natura şi existența umană un conflict între

[153] Câteva considerații cu privire la cocneptul de *teren* în patologia umană, se regăsesc în *Étude No. 2* (H. Ey 1952: 38).

[154] A se vedea şi H. Duchêne, în tratatul de psihiatrie al EMC 1955 vol.III 37710 A¹º , H. Ey 1954: 174.

corporalitate şi spiritualitate; juxtapunerea carteziană a unui corp separat de sufletul său, sau, doar pur şi simplu coexistând paralel cu el, este pentru toți de negândit, părând că toată lumea sfârşeşte prin a se acorda asupra faptului că, raporturile dintre fizic şi moral nu sunt raporturi topografice în spațiu ci raporturi conflictuale în durată.

Astfel încât „ideea că *viața psihică emerge*[155] din *viața organică* ar trebui să fie – şi în fond este – intuiția fundamentală a concepției noastre cu privire la natura lucrurilor, în măsura în care ea ne poate fi comună” (op. cit. p. 46).

Această concepție este cea care orientează medicina spre o PATOLOGIE A PERSOANEI, care ar rămâne de neînțeles fără ea. Şi aici vine o critică a lui Henri Ey cu privire la *concepția „organismică”* despre boală, a lui Kurt Goldstein, atunci când psihiatrul francez, precizează:

„Dacă, într-adevăr, psihismul ar fi fost doar *co-extensiv* cu totalitatea organismului, raportul dintre fizic şi moral ar fi fost reglat, în sensul în care putem spune despre un cont că este reglat, adică atunci când el nu mai există. Ideea care ni se impune atunci de la sine, este că aceste raporturi (dintre fizic şi moral – n. n. V T) constau din relații dinamice între ceea ce suntem „în sine” de la natură şi acea parte prin care existăm „pentru noi” în lume. Este ceea ce nimeni nu a înțeles mai bine decât Freud şi în acelaşi timp reprezintă sensul decisiv al opoziției dintre Sine (*Ça*) şi Eu (*Moi*) în realitatea ființei noastre” (*Étude No.2,* p.46).

Henri Ey face aici o serie de distincții conceptuale, care trimit la analiza ontologică a ființei umane, aşa cum este ea înțeleasă de psihiatrul francez. Din rândurile de mai sus aflăm că psihicul nu se suprapune cu organismul în totalitatea sa. În alt text aflăm că, corpul psihic nu este nici acelaşi, nici diferit de corpul fizic, raportul dintre ele nu este unul topografic în spațiu, ci unul cronologic, în durată.

Pe de altă parte, aflăm că „între fizic şi moral, adică psihic, se află viața, nivelul vital, organic. (cf. *Étude No. 4*, p.74). Raporturile dintre fizic şi moral nu sunt raporturi de *contiguitate,* nu se situează într-un paralelism al planurilor sau al aspectelor, ci trebuie privite într-o perspectivă mai naturală ca fiind „forme de evoluție a vieții” (p.85). Sau la pagina 75 : „Trebuie să concepem viața organică şi viața psihică nu ca fiind separate, nici juxtapuse ci una fiind generată de cealaltă, prin avântul sau, prin *dialectica* sa vie”.

Deşi natura, înțeleasă mai degrabă ca „naturantă” decat „naturată”, nu face salturi, ea se desfăşoară totuşi în *structuri de realitate*, care constituie o *ierarhie,* mergând de la lumea fizică la lumea organică, şi de la lumea organică la lumea psihică, fără ca să fie posibilă explicarea în întregime a formelor superioare prin eşaloanele inferioare. Avem aici de a face cu un fel de pluralism radical, în sensul pe care Mario Bunge îl dă acestui concept. (M. Bunge 1984: 271, 301).

Boala ca disoluție

Ființa psihică are o dezvoltare, o devenire. Ea se dezvoltă trecând prin mai multe stadii ontogenetice. Caracterul negativ al bolii este dublu: *1. anterior; 2.*

---

[155] Nota lui Henri Ey : « *Emergența* este înțeleasă ca termen dialectic care depăşeşte conceptele de transcendență şi imanență » (p.45 jos)

inferior. Stadiile cronologic *anterioare* ale psihismului, devin structuri *inferioare* din punct de vedere ontologic. Prin urmare, boala este o regresiune, este negativă concomitent într-un dublu sens: ființa psihică se reorganizeză pe un nivel anterior (deci anacronic) şi inferior (ca strat ontologic).

Funcția de negativitate a conştiinței (în dublu sens: conştiința a ceva, conştiința că eşti cineva) refulează permanent inconştientul. În starea de boală, straturile superioare ale conştiinței sunt afectate şi se pierde funcția negativă de inhibiție şi refulare, astfel încât inconştientul iese la iveală:

1) luând locul realității (percepția strict subiectivă e luată drept obiectivă) sau
2) altul decât Eul vine şi înlocuieşte Eul (fie în maniera în care Eul devine Altul, fie în care Altul devine Eu).

Boala este, în acelaşi timp, disoluție capacitară şi involuție a personalității, cu diferența că :

- în *bolile acute* predomină aspectele capacitare (afectarea personalității, deşi există, este mai puțin evidentă, fiind acoperită de alte fenomene care maschează involuția personalității).
- în *bolile cronice* domină involuția personalității, fenomenele capacitare fiind mai puțin evidente[156].

Boala psihică – aspectul experiențial

În starea de boală, pacientul are o serie de experiențe. El încearcă să interpreteze sau să-şi explice aceste experiențe :

- în limbajul interior[157]
- în limbajul comun.

Exprimarea în limbaj poate fi mai mult sau mai puțin precisă. Paul Ricoeur (1995) spune că exprimarea în limbaj se face metaforic; Henri Ey preia ideea lui Ricoeur spunând că exprimarea suferinței, a Răului din starea de boală se face folosind ca mijloc limbajul metaforic.

Limbajul permite pe de o parte expresia, exprimarea experiențelor trăite, pe de altă parte, comunicarea lor. Formularea în limbaj a experiențelor trăite pune problema adevărului şi a falsității datelor subiective despre starea de boală a pacientului.

Edwin Hersch (2003), la rândul său, atrage atenția asupra faptului că experiențele în sine nu pot fi adevărate sau false, le ai sau nu le ai. Ceea ce poate fi fals, sunt interpretările şi explicațiile pe care pacientul le dă experiențelor sale (p.190). O parte din judecățile emise de pacient cu privire la experiențele sale sunt atribuiri cauzale (L. Kirmayer & A. Young, 1994). Acestea se fac prin utilizarea credințelor culturale aflate la îndemâna pacientului, ele fiind contextualizate personal, istoric şi social.

[156] A se vedea H. Ey et al.1967, cap. ”*Les maladies chroniques*”.
[157] Acest *limbaj interior* este denumit de către unii autori contemporani din filosofia minții *Mentaleză* - cf. A, Reboul & J, Moeschler 2001: 82.

Cunoscutul filosof A.J.Ayer[158] alăturându-se altor autori, arată în mod elocvent, că noi putem descrie fals ceea ce simţim[159].

Teoria despre clasificare în organo-dinamism – aspecte generale

Una din problemele fundamentale pe care şi le-a propus spre reflecţie Henri Ey a fost aceea de a stabili o ordine în ceea ce el considera a fi „haosul" nosografiilor şi al clasificărilor clasice. Dezordinea poate fi eliminată prin stabilirea unor principii nosologice raţionale, prin respingerea noţiunii de „entitate nosologică" şi introducerea noţiunii de „specii clinice" psihiatrice care, în opinia Maestrului de la Bonneval, sunt singurele ce pot întemeia regulile practice de diagnostic, prognostic şi terapie care trebuie să se aplice acestor maladii mintale.

În acest punct al efortului nostru de reconstrucţie a teoriei organo-dinamice, putem spune că, lucrarea noastră îşi propune: să prezinte o analiză a concepţiei nosologice a lui Henri Ey, să explice unitatea şi diversitatea speciilor clinice în organo-dinamism, de asemenea să surprindă caracterul sistematic şi dinamismul acestei clasificări, în raport cu clasificările nomenclatură, pe care le critică. Acest dinamism în clasificarea psihiatrică, este caracteristic concepţiilor organo-dinamiste în general, de aceea, ne vom opri, mai întâi, asupra ideii de *teorie organogenetică* în viziunea lui Ey.

Iată cum caracterizează Henri Ey *teoriile organogenetice dinamiste* din care face parte, în opinia sa şi organo-dinamismul (neo-jacksonismmul):

„Ca şi teoriile organice mecaniciste, ele admit, desigur, un proces organic care constituie substratul ereditar, congenital sau dobândit al maladiilor mintale, însă ele se disting de acestea, prin faptul că nu fac să depindă simptomele de leziuni în mod direct şi mecanic. Altfel spus, admiţând totuşi o acţiune determinantă a unei tulburări generatoare cerebrale sau mai general, somatice, ele atribuie un rol considerabil dinamicii forţelor psihice în cadrul structurii, sau dacă vrem, în constituirea tabloului clinic şi în evoluţia maladiilor mintale. Ori, această dinamică nu are sens decât cu condiţia să considerăm maladia nu numai ca o dezorganizare a vieţii psihice, ci de asemenea ca pe o reorganizare la un nivel inferior. În această privinţă, concepţia lui Jackson, care a eliberat neuro-biologia modernă de interpretările mecaniciste ale neurologiei vechi, constituie un fel de model teoretic fundamental, însă cu condiţia de a-l adapta la domeniul psihiatriei. În această perspectivă, într-adevăr:

1) organismul şi organizarea psihică care emerge din el, sau i se suprapune, constituie un edificiu dinamic şi ierarhizat, rezultând din evoluţia, maturizarea şi integrarea structurilor stratificate ale funcţiilor nervoase, ale conştiinţei şi persoanei;
2) maladia mintală este efectul unei disoluţii, unei destructurări sau unei anomalii de dezvoltare a acestui edificiu structural;

[158] A se vedea A. J. Ayer "*Propoziţii de bază",* 1954, în M. Flonta et al. 1999: 133-138.
[159] A se vedea şi teoria asertorului veridic a logicianului şi epistemologului român, C. Popa (C. Popa, 2003)

3) procesul organic este agentul acestui accident evolutiv: el are o acțiune distructivă sau negativă;
4) regresia sau lipsa maturizării la un nivel sau altul, conferă maladiei mintale fizionomia sa clinică, cea a unei organizări pozitive.

O astfel de concepție cu privire la evoluția şi anomaliile sau accidentele evolutive ale organizării structurale a vieții psihice, face în mod necesar apel la însăşi noțiunea de *dezvoltare dinamică*: o atare concepție organo-dinamică nu poate fi decât „genetică”. Ea se referă la psihologia „genetică” ce are ca obiect dezvoltarea, organizarea stratificată şi progresivă a structurilor psihice (H. Ey, P. Bernard, Ch. Brisset 1989: 75).

În cadrul studiului nr. 20 (*Études psychiatriques*, vol III, pp. 11-12), Henri Ey spune că: „O **ştiință** nu poate într-adevăr să se bazeze decât pe o **clasificare naturală**[160] a fenomenelor care constituie obiectul său, adică, aici, al **„***Maladiilor mintale***”** (Cf. *Étude* No. 4). Trebuie deci ca, realizând (în acest volum de studii şi în următorul) o prezentare într-o viziune panoramică a „maladiilor mintale”, să căutăm acea ordine care trebuie introdusă în fapte, adică să ne întrebăm care **categorii** şi **specii naturale** trebuie degajate, fără a cădea pe parcurs într-o prea strictă şi derizorie nosografie a entităților (H. Ey, *Étude* No.20, p. 12).

În secțiunea E a primei părți din acelaşi studiu (secțiune dedicată problemelor clasificării bolilor psihice), Henri Ey enumeră ***regulile unei bune clasificări în psihiatrie***. Sub titlul ”*Aplicarea principiilor metodologice ale unei clasificări a maladiilor mintale*”, autorul defineşte cadrul sistematizării pe care o propune. Iată care sunt aceste reguli:

1)„O **„clasificare”** nu trebuie să fie nici o pură **enumerare**, nici o simplă **nomenclatură**, deschisă indefinit. Ea trebuie să fie *sistematică*, adică să conțină în ***conceptul general de „boală mintală”*** toate ***speciile*** care intră în comprehensiunea şi extensiunea acestui concept. Ea trebuie să pornească deci, de la o **definiție corectă a maladiei mintale**. Trebuie să fie, prin urmare, clară şi simplă, pe măsura profunzimii sale.

2)„Maladia mintală”, aşa cum am văzut în studiul nostru nr. 4 (*Étude* No. 4), nu poate fi definită decât ca fiind o ***fizionomie clinică***, o formă tipică de evoluție a tulburărilor vieții psihice, având o structură particulară şi fiind condiționată de un proces somatic, fie *de oprire în dezvoltare*, fie de *disoluție* a edificiului psihic.

3)Este necesar deci, să se ia în considerare, în istoria naturală a maladiilor mintale, un dublu aspect: cel al tipurilor clinice sau „typic reactions” care definesc **psihozele**

---

[160] Clasificarea reprezintă o operație de partiționare şi ordonare a unei colecții date de obiecte care conduce la gruparea lor exhaustivă în clase de echivalență mutual exclusive definite prin predicate de apartenență. Relația de echivalență poate fi una de similitudine, o precedență, o incluziune, o subordonare. Clasificarea este “vagă” (*classification floue*) în cazul în care clasele prezintă o zonă de suprapunere parțială, “finețea” sa fiind o funcție de numărul de partiții. O *clasificare ierarhică* este o suită de partiții inclusive (*emboitées*) din ce în ce mai fine pe o mulțime de obiecte, o suită de diviziuni succesive complet ordonate prin relația de precedență.

O *clasificare “artificială”* este o clasare în grupe prestabilite după criterii pragmatice, arbitrarii, într-un scop de arhivare.

O *clasificare “naturală”* reprezintă sistematizarea descoperirii similitudinilor între grupuri diversificate de obiecte (clase naturale, *taxa*) în cadrul unui domeniu de cercetare (J. Herman 1998, *Encyclopédie philosophique universelle*, Tome 1,vol. II, p. 336).

(şi **nevrozele**), obiecte ale unei **clasificări a maladiilor mintale** şi celălalt aspect, al **proceselor somatice** care le generează, obiect al unei **clasificări a proceselor patogene**.
4)Clasificarea maladiilor mintale se divide în mod natural, la fel ca însuşi ansamblul vieții psihice, în doi versanți: **patologia câmpului conştiinței** şi **patologia personalității**. Câmpul conştiinței este definit prin activitatea psihică ce organizează actualitatea trăirii prezente iar personalitatea prin traiectoria de valori existențiale şi logice permanente ale individului (credințe, principii raționale şi morale, ideal de sine etc.) un Eu în calitate de sistem de dezvoltare istorică şi de construcție a Persoanei.
5)**Patologia conştiinței** este constituită din nivelurile de disoluție sau de destructurare care descompun activitatea sa. Fiecăruia dintre aceste niveluri îi corespund „speciile" de ***psihoze acute***. Fie că este vorba, într-adevăr, de crize maniaco-depresive, bufee delirante şi halucinatorii, stări confuzo-onirice, toate aceste psihoze acute reprezintă spectrul descompunerii conştiinței: o serie de niveluri structurale tipice ale acestei destructurări a conştiinței.
6)**Patologia personalității** defineşte ***maladiile mintale cronice,*** fie că acestea conțin, lărgind-o în perspectiva personalității, actualitatea tulburărilor conştiinței, fie că ele le organizează pe acestea, într-un mod de existență durabil. Aceste forme de personalitate patologice, presupun un prag de reacție scăzut pentru apariția şi organizarea durabilă a crizelor sau a psihozelor acute" (op. cit. p 33).

În continuare, Henri Ey oferă o **schemă a clasificării** pe care el o propune pentru maladiile mintale:

TABEL 4: CLASIFICAREA MALADIILOR MINTALE

PATOLOGIA CONŞTIINȚEI (Psihoze acute)	**PATOLOGIA PERSONALITĂȚII** (Psihoze şi nevroze cronice)
Crize maniaco-depresive	Dezechilibre. Nevroze
Bufee delirante şi halucinatorii. Stări oniroide	Deliruri cronice şi Schizofrenie
Psihoze confuzo-onirice	Demențe

Cu privire la această *schemă de clasificare*, suntem preveniți în cadrul notei de subsol nr. 1 (p. 34) că:
„ Cititorul este rugat să nu se grăbească prea tare în a stabili o concordanță între cele două serii de afecțiuni, care este mai puțin schematică în spiritul nostru decât în schema noastră. Dorim să arătăm în această lucrare (şi mai ales în volumul IV) că, dacă patologia personalității, la nivelurile sale inferioare şi fără să se confunde cu ea, admite relații profunde şi imediate cu patologia conştiinței, acest lucru nu este valabil şi la nivelurile superioare. Acolo, nevrozele nu întrețin cu forma superioară de destructurare a conştiinței, decât raporturi indirecte, în măsură în care distanța organo-clinică şi elaborarea pozitivă de simptome garantează autonomia acestor forme de existență în raport cu destructurările conştiinței" (H. Ey *Étude No. 20*, p. 34).

Definiția conceptului nosologic de boală mintală în organo-dinamism

Wulff şi Pedersen, în lucrarea lor „*Philosophy of medicine*" (1990: 86), pun problema lipsei unor definiții explicite ale bolilor descrise în textele medicale. Studenții la medicină, spun cei doi autori, învață să recunoască diferitele boli prin compararea cazurilor întâlnite cu cazurile „tipice" descrise în tratate.

Deoarece autorii de tratate medicale nu oferă definiții diferitelor boli/sindroame clinice pe care le descriu, cazurile „tipice" din cărți, care pot fi asemuite cu ideile platoniciene, servesc ca standarde utile de referință, însă procedura nu ia în considerare faptul că acest caracter „fuzzy" al entităților[161] descrise, pune probleme majore medicinii clinice (p. 86). Aceasta face ca în cazul în care doi clinicieni sunt puşi să diagnosticheze pacienții din acelaşi salon este de aşteptat ca între ei să existe un considerabil dezacord (p. 86). În unele cazuri există o tranziție gradată între boală şi normalitate sau între două boli, iar numărul cazurilor *borderline* poate fi atât de mare, încât cercetătorii clinicieni care folosesc criterii uşor diferite, pot obține rezultate foarte diferite.

În alte cazuri prezența sau absența unei leziuni anatomice care defineşte o entitate nosologică, nu poate fi stabilită cu certitudine, atunci când pacientul supraviețuieşte. Această situație poate fi rezolvată prin stabilirea unor *definiții clinice de lucru* care vor asigura ca măcar cercetătorii clinicieni, să-şi bazeze diagnosticele pe criterii similare (p. 86).

Există o mare nevoie de *definiții de lucru general acceptate* pentru sindroamele clinice, dar, privind mai departe, pe termen lung, trebuie „să sperăm că, într-o zi vom şti atât de multe despre acele mecanisme care generează simptomele şi semnele observate încât se va dovedi posibilă redefinirea unor astfel de entități nosologice. În general, cunoaşterea „esenței reale" permite definiții mult mai stabile care depind mai puțin de convenții" (p. 87).

Autorii francezi Lemperière şi Deniker (1990) arată că, în psihiatrie, semnele înseşi țin mai mult de convenție decât de „esența naturală" a bolii, spre deosebire de semnele bolilor somatice.

Pe de altă parte, Ey insistă asupra aspectului „sindromic" al bolilor psihice, lasând la o parte aspectele etio-patogenice, legate de „esența reală" a bolilor. Aceasta ar putea duce la considerarea clasificărilor propuse de Ey ca fiind pur convenționale, artificiale, însă autorul ține să precizeze de fiecare dată caracterul „natural" al nosologiei pe care a conceput-o, insistând asupra caracterului empiric al metodologiei sale, care prin observații repetate, a surprins „ordinea naturală" a descompunerilor conştiinței şi personalității.[162] Clasificarea bolilor mintale, spune Henri Ey, trebuie să fie sistematică. Pentru aceasta, „clasificarea trebuie să cuprindă, în conceptul general de boală mintală, toate speciile care intră în comprehensiunea acestui concept" (H. Ey *Étude* No. 20, p. 33).

---

[161] A se vedea şi P. Botezatu, 1995: 315.

[162] A se vedea H. Ey *Conştiința* şi *Études psychiatriques*, vol. III "Clasificarea maladiilor mintale şi problema psihozelor acute".

Este necesar, spune de asemenea, autorul, ca o astfel de clasificare să pornească de la o definiție corectă a bolii mintale (ibidem). Care este acea definiție care îndeplineşte, în opinia lui Henri Ey, condițiile de corectitudine cerute? Iată care sunt elementele care intră în definiția propusă de autor:

- fizionomia clinică;
- forma tipică de evoluție a tulburărilor:
- structura particulară;
- condiționarea de către un *proces somatic* (acesta poate fi *oprirea în dezvoltare* sau *disoluția* edificiului psihic) (H. Ey op cit p. 33).

În textul dedicat clasificării bolilor mintale, studiul nr. 20 din volumul al treilea, Henri Ey indică o serie de forme tipice de evoluție atât pentru psihozele acute, cât şi pentru psihozele cronice.

Forme evolutive ale psihozelor acute şi cronice

I. Pentru *psihozele acute*, se descriu următoarele *forme evolutive*:

•Accese izolate, crize periodice, paroxisme comițiale (*Études psychiatriques* vol. III, p. 10);

•Crize, accese, stări paroxistice, stări ciclice (H. Ey et al. 1967, p. 214).

• Psihozele acute pot fi: 1. sub formă de crize izolate; 2. parte a psihozelor periodice sau a paroxismelor comițiale (p. 9); Psihozele cu evoluție „prin crize" sunt: *psihoza intermitentă de tip maniaco-depresiv* şi *psihoza epileptică* (*études psychiatriques*, vol. iii, p. 45). Trebuie deci făcut diagnosticul diferențial al unei crize: este o *criză izolată* sau *parte a unei psihoze cronice* (periodice sau intermitente)?

II. Pentru *psihozele cronice*, se descriu următoarele forme evolutive:

•Forme continue, intermitente, periodice, forme acute simptomatice, psihoze degenerative (H. Ey, *Études psychiatriques*, vol. III, p. 35).

Clasificarea criteriilor[163] face diferența între *clasificarea „entităților nosologice"* (de tip kraepelinian[164]) şi *clasificarea bolilor mintale ca specii clinice* (de tip Henri Ey):

I.criteriile în clasificarea entităților sunt:

- criteriul clinic
- criteriul evolutiv
- criteriul etiologic

II.criteriile în clasificarea organo-dinamică sunt:

- criteriul evolutiv
- criteriul clinic (H. Ey *Études psychiatriques*, vol. III, pp. 16, 17, 33).

Henri Ey consideră că eroarea majoră a clasificărilor în psihiatrie a constat în confuzia planurilor clinic şi etiologic. Ca urmare, el elimină criteriul etiologic din

---

[163] Gh. Enescu aminteşte că o clasificare este precedată de *clasificarea criteriilor de clasificare* (Gh. Enescu 1980: 126).

[164] K. Jaspers face o serie de comentarii critice asupra acestor criterii din clasificarea entităților nosologice, înțelese ca entități anatomo-clinice distincte (K. Jaspers 1963: 563 jos, 564 sus, 566 jos, 570). Criteriile clasificării propuse de Jaspers sunt descrise la pp. 573-582).

clasificare, pentru factorii etiologici propunând o clasificare separată. De asemenea, este respins principiul specificității entităților anatomo-clinice (incluzându-se aici şi specificitatea etiologică – principiul lui Bretonneau).

Care sunt deci, principiile unei bune clasificări a bolilor în psihopatologie?
1.Din punct de vedere *istoric*, metoda clasificării corecte se datorează, în opinia lui Henri Ey (exprimată în *Études psychiatriques* vol. III, Étude No.. 20) lui Jules Falret şi lui Parchappe (H. Ey 1954: 17).
2.Din punct de vedere *logic*, aceste principii ale clasificării ştiințifice, sistematice, în psihopatologie, sunt descrise de Henri Ey în Étude No. 20, p. 33, precum şi în *Die Psychiatrie der Gegenwart* (H. Ey, 1963).

Ceea ce va propune Henri Ey, va fi o „clasificare sindromică" (cf. H. Ey 1954: 19), care respectă principiul de a nu confunda *planurile clinic* şi *etiologic* în clasificare[165].

Distincția boli acute / boli cronice în organo-dinamism

În opinia lui Henri Ey, această distincție nu poate fi tranşantă, aşa cum o indică următoarele fragmente:
•„bolile acute şi bolile cronice nici nu pot fi separate radical, nici confundate pur şi simplu" (H. Ey 1954: 37).
•„trebuie recurs la noțiunile de destructurare a conştiinței şi de anomalii ale personalității pentru a putea găsi articularea naturală a acestei relative distincții ale celor două genuri" (ibidem).
•„ …nu se poate ridica un perete etanş între psihozele acute şi psihozele cronice, căci ele mențin între ele *raporturi de evoluție şi de cauzalitate* care trebuie, desigur, precizate, dar care nu ar servi la nimic să fie negate *a priori*, afirmând că nu există raporturi posibile între cele două clase" (H. Ey, *Éudes psychiatriques* vol. III p. 37).

Stabilirea principiului de clasificare în psihiatrie[166]

Dacă într-un prim timp, conform unei logici impuse de metoda patologică, ne deplasăm dinspre patologic spre normal, dinspre clinica psihiatrică spre o teorie psihologică, pe care clinica o fondează, într-un al doilea timp, deplasarea, în sensul logic al întemeierii, de această dată, se face dinspre teoria psihologică spre clinică, mai precis, spre clasificarea psihiatrică. Iată comentariul lui Henri Ey în această privință:
„În mod natural, ideea că „bolile mintale" sunt paliere ale mişcării involutive (*Abbau*) ale ființei psihice, nu are valoare decât dacă ea este corolarul unei teorii a dezvoltării şi a ierarhiei structurale a vieții psihice, aşa cum am expus-o mai sus; dacă nu,

---

[165] Cu privire la ceea ce noi am denumit „principiul separației" între planurile semiologic şi etiologic în organo-dinamism si la consecințele acestuia asupra clasificării psihiatrice, a se vedea articolul publicat în *Psihiatru.ro* (V. V. Toma 2005: 12-14).
[166] Considerațiile următoare vor avea ca bază textul lui Henri Ey din *Die Psychiatrie der Gegenwart* (H. Ey 1963: 744-745).

ea nu se pretează decât la observații în van sau la pure construcții verbale" (H. Ey 1963: 744).

Ceea ce îşi propune Henri Ey este să articuleze problema nosografică a speciilor morbide psihopatologice cu teza privitoare la organizarea ființei psihice şi cu teza privind structura negativă a bolii psihice (ibidem). Care este scopul unui astfel de demers teoretic? Scopul recunoscut în mod explicit de autor, este acela de a stabili un **principiu de clasificare**:

„de îndată ce se introduce ideea că bolile psihice se definesc prin referire la accidentele evolutive ale însăşi organizării ființei psihice, se stabileşte (chiar şi fals, şi noi am stabilit că el nu e fals) un *principiu de clasificare.* Altfel spus, încă, noțiunea de niveluri structurale de organizare şi de evoluție ne plasează într-o perspectivă dinamică ce garantează o anumită ordine şi o anumită unitate în diversitatea speciilor morbide" (H. Ey 1963: 745).

Respingerea „clasificărilor – nomenclatură"

Scopul lui Henri Ey în materie de clasificare, este deci să construiască o adevărată clasificare *ştiințifică, sistematică, „naturală" şi dinamică* a maladiilor psihice. De aceea, în primul rând, clasificarea trebuie diferențiată de enumerări şi nomenclaturi, cărora le lipsesc principiile de clasificare şi fundamentarea teoretică a ordinii naturale a nivelurilor de destructurare a vieții psihice.

Ca urmare, prima regulă pe care Henri Ey o propune, arată că o clasificare, nu trebuie să fie nici o pură enumerare, nici o simplă nomenclatură (H. Ey 1954: 32). Vor fi criticate, din perspectivă organo-dinamică, atât clasificarea americană din 1934, propusă de *American Psychiatric Association*, cât şi nomenclatura internațională a maladiilor propusă de *Organizația Mondială a Sănătății*[167]. Despre aceasta din urmă, Henri Ey spune: „Este aproape imposibil să găsim aici o clasificare coerentă. Enumerarea este rău echilibrată, în rubrici nenumărate şi, ca să spunem aşa, fără ordine" (H. Ey 1954: 25, nota 1).

Deşi din punct de vedere strict organo-dinamic, „acest gen de „clasificări-nomenclatură" este fatalmente incoerent întrucât nu se bazează pe nici o idee clară, reflectând dezordinea însăşi a obiectelor pe care îşi propune să le aranjeze" (cf. H. Ey 1954: 26), aşa cum vom vedea, noi nu ne vom mai permite astăzi să le ignorăm (în variantele lor moderne ICD-10 şi DSM-IV-TR) decât cu riscul de a ne situa singuri în afara *main stream*-ului psihiatriei actuale. Practica psihiatrică contemporană impune ca obligatorii evaluarea şi diagnosticarea bolnavilor psihici în conformitate cu criteriile DSM, ceea ce implică şi utilizarea sistemului propriu de clasificare propus de autorii manualului respectiv.

Credem însă că, o clinică modernă, pe baze organo-dinamice, permite o *abordare pluridimensională* a pacientului psihic şi al bolii sale, ceea face ca medicul să poată beneficia de avantajele tuturor instrumentelor de care dispune, printre acestea şi clasificarea propusă de organo-dinamism (fundamentată teoretic şi

---

[167] Henri Ey face referire în textul său la ediția a 6-a a *Clasificării Internaționale a Maladiilor* (Geneva, octombrie 1947), însă critica sa are în vedere în general viciul de concepție al „clasificărilor – nomenclatură" (H. Ey 1954: 26).

concepută pentru surprinderea dinamismului tablourilor clinice, deci mult mai bine adaptată unei viziuni dinamice asupra practicii clinice) şi de asemenea, sistemul de criterii pentru diagnostic multiaxial, propus de American Psychiatric Association (APA).

Unitate şi diversitate în dezorganizarea ființei psihice

Problema clasică a „unului şi multiplului" formulată inițial în filosofie, se pune şi în cazul obiectului Psihiatriei, precum şi în cel al clasificării bolilor psihice.

I) În ceea ce priveşte obiectul Psihiatriei s-a pus problema dacă acesta nu este cumva unic, *o singură psihoză* (*Monopsihoza* sau *Einheitspsychose*) având mai multe forme clinice, ceea ce ar reflecta varietatea cazurilor clinice întâlnite în practică, dar şi o oarecare intuiție a unității din spatele acestora. Henri Ey respinge ideea unei psihoze unice (e.g. în H. Ey 1963: 745).

II) La polul opus se situează cei care susțin existența unei *multiplicități a bolilor psihice* văzute ca „entități" specifice.

Henri Ey, aşa cum am văzut, respinge ideea de „entitate" având o etiologie, o patogenie şi o evoluție specifice. „Psihiatria entităților", cum o denumeşte Ey, păcătuieşte printr-un „haos" al nosografiilor şi clasificărilor, în care numărul entităților poate creşte la infinit, fără a putea descoperi o anumită ordine şi o anumită unitate în diversitatea speciilor morbide (cf. H. Ey 1963: 744-745).

Ey recunoaşte însă, că există o diversitate ireductibilă a speciilor clinice dar, în acelaşi timp, afirmă că există o anumită unitate în dezorganizarea ființei psihice (o unitate în diversitate!) (cf. H. Ey 1963: 745; H. Ey 1975: 277).

Cum se explică diversitatea „speciilor clinice"?

Dacă în „Psihiatria entităților" varietatea acestor „entități pure şi distincte" (H. Ey 1963: 744) se explică prin „hazardul leziunilor lor sau prin ingeniozitatea ipotezelor etiologice" (H. Ey 1963: 745), în Psihiatria organo-dinamică, diversitatea structurilor psihopatologice se explică altfel decât prin varietatea factorilor etiologici sau a leziunilor pe care aceştia le-ar produce. În organo-dinamism nu există o relație directă (o cauzalitate liniară) între un proces etiologic dat, sau între o leziune şi un anumit tablou clinic, de aceea se adoptă din start următorul principiu: „planurile etiologic şi semiologic nu trebuie confundate". Adoptarea sa determină înlocuirea conceptului de „entitate" cu cel de „specie clinică" sau „structură psihopatologică".

Cum spuneam mai sus, aceste specii clinice nu sunt nici variante ale unei boli unice, nici o mulțime haotică de entități pure şi autonome. Henri Ey explică destul de clar cum, în ambele cazuri o clasificare a maladiilor ar deveni imposibilă (cf. H. Ey 1963: 744).

Pentru a putea fundamenta o clasificare sistematică, naturală, a bolilor psihice, Henri Ey consideră necesare o serie de faze pregătitoare pe care le enumeră atât în lucrarea sa de sinteză publicată în *Der Psychiatrie de Gegenwart* (H. Ey 1963: 745-746), cât şi în *Études psychiatriques* vol. III p.33 (*Étude No. 20*):

- definția bolii mintale (H. Ey 1963: 746).

- boala mintală trebuie înțeleasă ca o fizionomie clinică, având o structură tipică, cu o formă de evoluție tipică, condiționată de un proces somatic generator (1) oprire în dezvoltare sau (2) disoluție a corpului psihic (H. Ey 1963: 746).
- corpul psihic are o devenire, trecând printr-o serie de etape necesare organizării sale sub forma unei ierarhii structurale de staturi sau niveluri (H. Ey 1963: 730).

Revenim acum la întrebarea pusă anterior: cum se explică diversitatea speciilor clinice? Iată ce scrie Henri Ey în textul său din 1963: „în clinică trebuie să admitem o serie de specii care manifestă toate un acelaşi proces de destructurare a ființei psihice, a căror diversitate corespunde doar diferențierilor structurale ale tulburărilor conştiinței şi personalității…" (H. Ey 1963: 750).

Henri Ey revine şi în alte locuri asupra acestei idei conform căreia unitatea genului e dată de procesul unic de destructurare a corpului psihic, iar diversitatea speciilor provine din diversitatea nivelurilor de organizare suprapuse ierarhic în arhitectonica ființei psihice.

Deci nu varietatea factorilor etiologici sau a tipurilor de leziuni cerebrale este cea care asigură diversitatea bolilor mintale, ci organizarea pe mai multe straturi sau niveluri a corpului psihic, niveluri care au o „reacție" tipică la procesul de destructurare, condiționat (dar nu în întregime determinat) la rândul său, de diverşi factori etiologici (cf. H. Ey 1963: 745).

Bolile mintale se definesc în raport cu *accidente evolutive*[168] ale organizării corpului psihic (H. Ey 1963: 745). Aceste accidente evolutive sunt condiționate, aşa cum spuneam mai sus, de un *proces somatic generator* şi constau în 1) opriri în dezvoltare a corpului psihic sau 2) disoluții ale corpului psihic prin urmare bolile mintale sunt paliere ale mişcării involutive (Abbau) ale corpului psihic (H. Ey 1963: 744). Această ultimă teză reprezintă, în opinia lui Ey, tocmai „corolarul unei teorii a dezvoltării şi ierarhizării structurale a vieții psihice (H. Ey 1963: 744). Mişcarea involutivă de disoluție (Abbau) este cea care uneşte şi ordonează speciile clinice (H. Ey 1963: 745).

Prin aceasta se defineşte conceptul de „nivel tipic de evoluție a ființei psihice" care se diferențiază astfel de conceptul de „entitate nosologică" (cf. H. Ey 1963: 744). În acelaşi timp se propune şi un principiu de clasificare care garantează o anumită ordine şi o anumită unitate în diversitatea speciilor morbide (H. Ey 1963: 745).

Ipoteza continuum-ului şi unitatea clasificării speciilor clinice

O condiție necesară pentru stabilirea ordinii în clasificare, constă, în opinia lui Henri Ey, în **postularea unui *continuum*** (cf. H. Ey 1963: 731) între nivelurile de disoluție. Despre această ipoteză îndrăzneață, Henri Ey aminteşte în fragmentul următor:
„Pentru a dezvolta, în propriile mele lucrări, *ipoteza* căreia îi voi reconstrui aici schema dialectică, am fost în stare să o confirm, conformându-mă ei, prin experiența clinică, suverană. Într-adevăr, am studiat (volumul III din „*Études psychiatriques*",

[168] A se vedea paralela între boală şi somn şi textul din *Études psychiatriques* vol. I, nr. 8 unde somnul este numit accident.

1954) Psihozele acute, pornind, în mod *natural*, de la epilepsie, de la stările confuzionale, stările crepusculare, onirice sau oniroide, psihozele delirante acute (care sunt numite adesea „wahnhafte Zustande” şi care corespund cuvântului latin „Delirium” în grade diferite). *Nu mai puţin natural*, m-am văzut constrâns de lucrurile însele să restabilesc un continuum pierdut de o sută de ani, între aceste stări de confuzie, de onirism, de depersonalizare, de experienţe delirante şi halucinatorii, etc. şi stările numite manie şi melancolie. Mi-a trebuit multă reflecţie şi îndrăznesc să zic, de curaj, pentru a restabili acest continuum rupt în mod tradiţional. Dar, în fine, l-am făcut sub presiunea exigenţelor clinice, iar aceasta m-a condus, repet, în mod natural, la a sesiza în realitatea clinică a destructurării conştiinţei, însăşi structura conştiinţei” (H. Ey 1963: 731).

Ipoteza continuum-ului (vezi H. Ey 1963 : 731) face, de asemenea, posibilă aranjarea nivelurilor structurale ale descompunerii corpului psihic, pe o scală globală a disoluţiilor psihice (H. Ey 1975).

Scala globală a disoluţiilor psihice

În monografia din 1975 Henri Ey va descrie o **scală globală a disoluţiilor psihice** (H. Ey 1975: 146). Pe aceasta vor fi ordonate toate formele de boli psihice descrise de organo-dinamism. Iată textul lui Henri Ey, referitor la această scală a nivelurilor de disoluţie psihică:

„În ceea ce priveşte *nivelurile de disoluţie*, iată cum, printr-o primă aproximare, ne putem reprezenta degradarea activităţii psihice aşa cum se desfăşoară ea într-o ierarhie de stări psihopatologice:

1.structuri nevrotice.
2.structuri paranoiace.
3.structuri oniroide.
4.structuri disestezice.
5.structuri maniaco-malancolice.
6.structuri confuzo-stuporoase.
7.structuri schizofrenice.
8.structuri demenţiale.

Dacă acest model al destructurării psihice ar fi văzut ca o construcţie cu mai multe etaje, atunci, etajul superior ar fi reprezentat de ***nivelul psihic normal***, pe care Maestrul de la Bonneval îl descrie astfel: „La vârful acestei degradări se află *nivelul normal* care nu este fluctuant, ideal, aproape imaginar ca în anumite concepţii unde normalul, fiind considerat ca o simplă medie, nu admite nici o deviaţie care să nu fie patologică, ci dimpotrivă, este indefinit extensibil către forme superioare de activitate. Acest nivel normal reprezintă nivelul plasticităţii suficiente pentru ca individul să se poată adapta la condiţiile sociale de existenţă, echilibrând pulsiunile sale afective şi executând un program vital. Putem scrie câteva volume cu privire la astfel de condiţii; acum ne vom mulţumi să indicăm că nivelul normal astfel înţeles, corespunde unei realităţi concrete, ce fondează prin contrast, domeniul şi ştiinţa psihiatrică” (H. Ey 1975: 147).

În ceea ce priveşte argumentaţia lui Henri Ey cu privire la întemeierea unei astfel de grile de ordonare a nivelurilor de degradare a psihicului, ea apare în acelaşi text şi după cum putem remarca, este legată de clinică şi se bazează pe experienţa personală a autorului şi pe reflecţia sa cu privire la datele clinice şi evoluţia stărilor psihopatologice observate în fiecare zi, în practică (H. Ey 1975: 146, nota 44). Criteriile folosite în ordonarea nivelurilor sunt: evoluţia şi ansamblul unei stări psihopatologice date, nivelul minim şi durabil pe care se stabilizează oscilaţiile de nivel, gravitatea tulburării psihice şi tendinţa acesteia de a conduce la incapacitate (H. Ey 1975: 147).

Clasificarea speciilor clinice – aspectul dinamic

Dinamismul concepţiei organo-dinamice se reflectă şi în ceea ce priveşte *clasificarea speciilor clinice*, care este gândită ca un instrument destinat să surprindă „dinamismul însuşi al tablourilor clinice întâlnite la pacienţi" (H. Ey 1975). Iată ce spune în acest sens, Henri Ey:
„Este evident că o teorie dinamică a tulburărilor mintale al cărei postulat esenţial prevede o neîncetată variaţie a tulburărilor mintale în funcţie de timp şi de personalitatea proprie a bolnavului, nu poate prezenta o scală de niveluri decât sub formă de grade relativ fixe, însă admiţând între ele o infinitate de nuanţe şi de variaţii. În acest fel, concepţia dinamică asupra tulburărilor mintale este cea mai apropiată de fapte. Însă o anumită dificultate se prezintă spiritului în faţa acestei scale mobile ce descurajează atât clasificările statice cât şi conceperea unei ştiinţe psihiatrice bazate pe o atare clasificare. Cu atât mai rău pentru o ştiinţă care este prea rigidă pentru a urma faptele, pentru că funcţia sa este de a elabora datele, fără a pierde contactul cu ele. Trebuie ca ştiinţa psihiatrică, în loc să se obosească a ne arăta o caricatură mecanică şi statică a faptelor, să ia act de mişcarea şi continuitatea lor. Pentru aceasta, ea trebuie să renunţe la semiologia atomistă şi la concepţia despre bolile mintale, entităţi fără etiologie cunoscută. Aceste două renunţări, nu reprezintă decât una singură şi anume înseamnă renunţarea la concepţia statică ce îşi reprezintă simptomele ca semne izolate direct create de către boală care, este însăşi suma acestor simptome şi nimic mai mult" (H. Ey 1975: 159).

Spre deosebire de 'entităţile' psihiatriei clinice clasice kraepeliniene, speciile clinice organo-dinamice, pot trece din una în alta. Permanent se produc, în evoluţia bolii mintale, *disoluţii* şi *re-evoluţii* care, în final, se stabilizează pe un anumit nivel structural (H. Ey 1975: 159). Diagnosticul de nivel structural este dat de identificarea *structurii psihopatologice* ce caracterizează tabloul clinic. Aceasta „este caracterizată de nivelul minim de pe scala disoluţiilor psihice la care se opreşte, de o manieră durabilă, sau ritmică, evoluţia tulburărilor" (H. Ey 1975: 160).

Ca o concluzie la cele spuse până acum privind clasificarea bolilor în organo-dinamism, putem spune că, încercând să rezolve **problema clasificării speciilor morbide**, Henri Ey articulează, din perspectivă organo-dinamică[169]:
- problema nosografică a speciilor psihopatologice;

[169] Cf. H. Ey 1963: 744

- teoria cu privire la dezvoltarea, organizarea şi ierarhia structurală a corpului psihic;
- teza cu privire la structura negativă a bolii psihice.

Concepția organo-dinamică nu acceptă o varietate infinită de „entități”, ci un număr finit de genuri care ordonează „speciile clinice”. Prin separarea clasificării clinice de clasificarea proceselor etiologice, prin stabilirea principiului continuum-ului şi a principiului clasificării raționale legat de teoria organizării şi a dezvoltării corpului psihic şi de dezorganizarea acestuia, Henri Ey a încercat să organizeze logic acest important capitol al clasificării bolilor psihice, cu mare impact asupra procesului de observație şi descriere, în dinamică, a tablourilor clinice.

Scurte reflecții cu privire la variația temporală şi geografică / culturală a spectrului bolilor

În lucrarea lor de filosofia medicinii, Wulff şi Pedersen (1990: 85) atrag atenția şi asupra unor alte aspecte importante, alturi de cele amintite anterior. Printre acestea, autorii arată că, viziunea platoniciană asupra clasificării bolilor, care caracterizează o mare parte dintre disciplinele medicale, este statică, iar susținătorii ei subestimează *variația temporală şi geografică / culturală a spectrului bolilor:*
„Autorii de tratate medicale au tendința să uite că descrierea şi clasificarea bolilor trebuie să se potrivească cu spectrul bolilor existente într-un anumit moment istoric şi o anumită arie culturală”. Nu trebuie uitat că bolile variază atât în timp, cât şi de la o cultură la alta.
„Variația geografică este, de asemenea, importantă şi reprezintă o problemă majoră a educației faptul că mulți studenți în medicină din întreaga lume citesc tratate americane sau britanice care nu descriu pacienții din țările lor” (op.cit. p.85).

Aici se deschid mai multe direcții de chestionare cu privire la munca noastră de recuperare a operei psihopatologice a lui Henri Ey:
I) variația în timp:

Mai sunt descrierile de caz (prezentate de Henri Ey în perioada 1930-1977 ca fiind „tipice”) superpozabile peste tablourile clinice ale pacienților din anul 2007? Este clasificarea bolilor propusă de Henri Ey potrivită cu realitățile clinicii din România secolului al XXI-lea?
II) variația geografică şi/sau culturală:

Corespund descrierile bolilor făcute pe pacienți francezi cu cele ce se pot descrie pe pacienți români? Este implicată aici una din marile dezbateri ale *Etnopsihopatologiei*, dezbatere care opune perspectivele *emică* şi *etică*.[170]

Mai concret, dezbaterea opune susținătorii specificității culturale a psihopatologiilor, celor care susțin universalitatea acestora. Actualmente pare rezonabilă o poziție intermediară: „Existența unor diferențe în expresia stărilor patologice în funcție de culturi este un fapt universal acceptat, dar trebuie să ne ferim în acest domeniu de erori prin exces, la fel ca şi de erori prin omisiune. Dintr-o prea mare dorință de a evidenția particularitățile, riscăm să cădem într-un

[170] Termenul *emică* se referă la o perspectivă intraculturală, care subliniază ceea ce este specific unei culturi date. Termenul *etică* se referă la o perspectivă transculturală, universală.

culturalism integral, capcană în care au căzut cândva unii etnologici" (Pichot, 1981 în Ş. Ionescu 1998: 103).

Nu ne propunem să răspundem la întrebările de mai sus în cadrul lucrării de faţă, ci le amintim aici din raţiuni de metodologie a cercetării. În calitate de antropolog medical, considerăm de datoria noastră să formulăm cel puţin (dacă nu şi să soluţionăm) problema impactului culturii şi al contextului istoric asupra patologiei psihiatrice. Ar fi greşit, în opinia noastră, să propui recuperarea unei concepţii psihopatologice elaborate într-un alt cadru istoric şi politico-cultural, fără să pui măcar problema patoplasticităţii şi al relevanţei nosografiei ţinând de acea concepţie, în contextul unei culturi diferite şi al unei alte epoci.

POSTULATUL DIFERENŢEI ÎNTRE NORMAL ŞI PATOLOGIC – FUNDAMENT AL PRACTICII CLINICE PSIHIATRICE

DISTINCŢIA ÎNTRE NORMAL ŞI PATOLOGIC CA FUNDAMENT AL PRACTICII CLINICE

Numai prin raportare la normal putem defini stările patologice şi putem realiza un ***diagnostic*** şi un ***prognostic***. Asupra acestei teme, Henri Ey revine, de exemplu şi în textul său din *Die Psychiatrie der Gegenwart* (H. Ey 1963: 757) unde ne spune:
„Concepţia organo-dinamică asupra patologiei mintale consideră a fi de o importanţă capitală diferenţele structurale dintre ***normal*** şi ***patologic*** în toate domeniile (cultural, medico-legal, religios, estetic) căci **această distincţie este fondatoare pentru Psihiatrie**. Ea răspunde şi unei mari utilităţi practice. Într-adevăr, nu este suficient să spunem, aşa cum se afirmă adesea, că toţi oamenii sunt nebuni, ceea ce ar fi acelaşi lucru cu a susţine că nimeni nu este nebun. Dacă nebunia este imanentă structurii fiinţei psihice care o 'conţine', ea nu se constituie decât ca efect al unei regresiuni care îi conferă simptomatologiei calităţile sale formale. Decurgând de aici, într-adevăr, chiar dacă este adesea dificil să punem un **diagnostic**, acest diagnostic este cel puţin de drept, fondat"(H. Ey 1963: 757).

Prin urmare, în viziunea organo-dinamică, distincţia **normal** / **patologic** *fundamentează* atât disciplina insăşi, cât şi practica diagnosticului psihiatric.

TEORIA DIAGNOSTICULUI

În volumul *Naissance de la Médecine (1981)* Henri Ey face o serie de consideraţii cu privire la *principiile medicinii hipocratice*, care fundamentează *diagnosticul medical* dintr-o perspectiva *dinamistă*:
„Astfel, boala trebuie înţeleasă ca fiind, în acelaşi timp, efectul unei *vulneratio 'in naturalibus'*, ca rezultând, în mod necesar, dintr-o dezorganizare a naturii corporale şi implicând, de asemenea, o structură dinamică, o forţă care este încă *κατα φνσιν* (kata physin)" (H. Ey 1981: 198).
Este amintit, de asemenea, *postulatul organic* care desemnează natura corporală a bolii. Din acest postulat decurge *inteligibilitatea bolii,* fundament al oricărui

diagnostic medical. Iată fragmentul respectiv: „Numai în măsura în care boala este un proces natural ea se prezintă cu o fizionomie inteligibilă, bază, aşa cum vom vedea mai departe, a oricărei ştiinţe diagnostice” (H. Ey 1981: 198).

Un aspect esenţial al doctrinei hipocratice constă în accentul pus pe ***obiectivarea bolii*** (H. Ey 1981: 199, 205). Această obiectivare începe în conştiinţa bolnavului şi se continuă cu procesele ce ţin de conştiinţa medicului. Colecţia hipocratică constituie deja un prim şi fundamental demers pe calea obiectivării bolii: „Aceasta (boala – nn V. T.) nu mai poate fi doar sacră sau invizibilă, un fel de semnificant fără semnificat…ci, sesizată în *percepţia* şi *logosul* (raţiunea – nn V. T.) medicului, ea apare în realitatea sa în acelaşi timp problematică în ceea ce priveşte cunoaşterea sa exactă şi irecuzabilă în necesitatea sa empirică (clinică) şi logică (patologia). Mişcarea dialectică a acestei apariţii a fenomenului morbid, a fizionomiei bolii, a naturii ei, este cea care constituie veritabila naştere a clinicii”[171].

Începutul şi sfârşitul **diagnosticului medical** (alfa şi omega) îl reprezintă **observaţia** (cf. H. Ey 1981: 206). **Observaţia** reprezintă „contactul realizat prin intermediul analizatorilor săi perceptivi, între medic şi natura bolii””(ibidem). **Observaţia** nu poate fi redusă la ”un fel de percepţie comună şi confuză a ceea ce apare în experienţa sensibilă conjugată a omului bolnav şi a omului care vede expresiile corporale ale bolii pacientului” (ibidem). „La acest nivel ‘senzorial’ sunt văzute doar fantasmele: este invizibilul care se manifestă ca non-vizibil” (ibidem).

Prin urmare, acest nivel al cunoaşterii sensibile a bolii, nu este suficient. El trebuie completat printr-un efort raţional de „extragere a sensului” (H. Ey 1981: 207) din experienţa sensibilă a maladiei. Ey aminteşte insistenţa cu care textele hipocratice repetau ideea că: „nu este suficient să vezi sau să simţi prin tact, urechi şi ochi, ci trebuie să adaugi la cunoaşterea confuză raţionamentul, căci, ceea ce nu apare vederii îi apare raţiunii” (ibidem). Astfel apare, spune Henri Ey în continuare, „configuraţia care constituie nucleul patologiei hipocratice, ceea ce numim naturismul său clinic, sintetic şi umanist şi pe care termenul de *katastasis* pare că îl caracterizează cel mai bine. Acest termen vizează ceea ce putem numi formele şi structura sau fizionomia, ansamblul simptomatic care în Medicina modernă se numeşte *SINDROM*, adică „un tablou clinic ce apare într-o anumită congruenţă (Ch. Lichtenthaeler) de simptome care îl compun în unitatea şi dezvoltarea sa” (H. Ey 1963: 207).

---

[171] Pentru Henri Ey, aşa cum vom arăta mai departe, **naşterea clinicii** se situează în perioada hipocratică, poziţie diferită de a lui M. Foucault care situează acelaşi eveniment în secolul al XVIII – lea. În text, H. Ey face o prezentare a lucrării lui Foucault *Naşterea clinicii* (1963) şi critică această poziţionare a originii *Clinicii (*a se vedea *Naissance de la Médecine* pp. 210-213). Să nu uităm în acest context diferenţa între poziţiile celor doi autori şi în ceea ce priveşte Istoria ştiinţei: *continuu / discontinuu*, şi să înţelegem că pentru Foucault, adept al discontinuităţii în istoria ştiinţelor, secolul al XVIII – lea reprezintă tocmai o ruptură, o mutaţie faţă de o lungă tradiţie ce se asumă de la Hipocrate.

Fundamentul cunoaşterii medicale

Cunoaşterea bolii este posibilă tocmai pentru că este „vizibilă” atât pentru bolnavul însuşi, cât şi pentru medic: „Boala este, la limită, perceptibilă pentru pacientul care se plânge de ea, dar ea este şi vizibilă pentru altul. Şi acesta este fundamentul cunoaşterii medicale” (H. Ey 1981: 10).

Pusă în termenii paradigmei lecturii, sarcina medicului va fi de „a citi” semnele exterioare ale bolii al cărei text trebuie în întregime descifrat. De aceea: „trebuie ca medicul să ştie să citească textul bolii, să ştie să decifreze semnele acesteia” (ibidem).

Diagnosticul – esenţa artei medicale

Cu privire la diagnosticul medical, Henri Ey va spune: „Această artă (Medicina – nn V. T.) constă în esenţa sa dintr-un **diagnostic** care este singura sa justificare. Şi ***primul diagnostic*** care se impune şi care este implicat în cel al tuturor speciilor, este **diagnosticul de gen**, adică al conceptului cel mai general care descrie şi enunţă însuşi obiectul Medicinii – *boala*” (H. Ey 1981: 14).

Întrebarea primă pe care trebuie să şi-o pună medicul în faţa bolnavului este următoarea: „Acest om care suferă, sau acest om care se ştie, sau se simte, ori, dimpotrivă, care nu se ştie bolnav, este el bolnav, este el pentru Medic?” (H. Ey 1981: 14).

Mai departe, Ey continuă, spunând că: „Se poate spune, în această privinţă că scopul şi obiectul Medicinii este **diagnosticul de boală** (diversele **specii** ale **genului patologic**). Fără conceptul de „morbiditate” sau de „patologic”, nu există nici o posibilitate de cunoaştere medicală justificând arta medicală” (H. Ey 1981: 14).

Henri Ey distinge astfel, în cadrul **diagnosticului medical**, într-o primă fază, două planuri:

1) *planul general*: „nivelul conceptului general al diagnosticului de anomalie patologică” (ibidem), prin urmare, *diagnosticul de gen*;
2) *planul particular*: „nivelul diagnosticului clinic” (ibidem), prin urmare, *diagnosticul de specie clinică*.

În momentul când se adoptă teza, sau, aşa cum o numeşte Henri Ey, „postulatul organic” care susţine că boala este un proces „natural”, având o natură corporală şi când, la rândul ei, boala este definită ca „o dezorganizare a naturii corporale, având o structură dinamică” (cf. H. Ey 1981: 198), înţelegem că este vorba de o: ”dezorganizare a ordinii naturale a corpului” (H. Ey 1981: 214). Ori, precizează Henri Ey, „tocmai ordinea naturală sau, dacă vrem, ordinea organică a corpului este cea care reprezintă, natura sa vitală în cadrul naturii sale umane” Şi ea este cea a cărei vulnerabilitate este condiţia însăşi a bolii” (H. Ey 1981: 196).

Acestea fiind spuse, Ey face următorii paşi în elaborarea construcţiei sale teoretice în ceea ce priveşte **diagnosticul**:

- pentru a face **diagnosticul de gen**, deci pentru a stabili caracterul „patologic” sau anormal al unor manifestări corporale, este necesară introducerea unei distincţii între *normal* şi *patologic* (cf. H. Ey 1981: 15). Această distincţie nu este necesară la

nivelul regnului mineral, ea devenind pertinentă la nivel organic şi uman (a se vedea textul lui H. Ey de la pag 15);

- se impune deci, adoptarea unei teorii cu privire la **raportul dintre normal şi patologic** (e. g. *dogma sec. XIX* vs. *teoria Goldstein-Canguilhem*);
- adoptarea unei **concepţii despre patologie**: I) ***dinamistă;*** II) ***ontologică;***
- definirea **conceptului general de boală**; definirea conceptului de **boală mintală**;
- distincţia dintre **boala mintală** şi **psihoză** (H. Ey 1975: 162). În *Manuel de Psychiatrie* (H. Ey et al. 1967: 211) Henri Ey face o corecţie în ceea ce priveşte folosirea termenului de **psihoză**, care nu poate defini toate maladiile mintale. Se descriu astfel şi *nevroze, demenţe, arierări* sau *oligofrenii* (cf. H. Ey et al.1967: 211).
- pentru a face **diagnosticul de specie clinică**[172], este necesară o ***clasificare*** a speciilor morbide;
- pentru ca bolile să fie „naturale" (dezorganizări „naturale" ale „naturii" corpului) este necesar ca această clasificare să fie „naturală", deci să fie condusă după un principiu care să reflecte „ordinea" naturală a dezorganizării corpului (cf. H. Ey 1975: 259, 277; H. Ey 1963 : 742);
- ţinând cont de ***evoluţia clinică***, se pot face noi diferenţieri: **boli acute** şi **boli cronice** (e. g. H. Ey 1963 : 747), **patologia conştiinţei** şi **patologia personalităţii** (H. Ey 1963 : 746 etc.); tot în funcţie de evoluţia clinică, *tulburările cronice* (adică patologia personalităţii) pot fi împărţite în *forme cronice continue, forme periodice, forme acute simptomatice, psihoze degenerative* (*Études psychiatriques* vol. III p.35); în cazul *tulburărilor acute* (adică în ceea ce priveşte patologia conştiinţei) se remarcă o serie de 'stări;', 'crize' sau 'accese' ce caracterizează bolile mintale acute, *paroxistice* sau *ciclice*. Aceste afecţiuni pot fi tranzitorii sau intermitente (cf. H. Ey et al. 1967 214); un alt caracter al acestor psihoze acute este acela că ele corespund, pe plan clinic, cu diversele *niveluri de destructurare a conştiinţei:* crize maniaco-depresive, bufee delirante şi halucinatorii, stări oniroide, psihoze confuzo-onirice (H. Ey et al. 1967 214);
- **bolile mintale** reprezintă, în opinia lui Henri Ey, „forme de existenţă sau de conştiinţă care se disting şi se definesc prin *fizionomia* lor clinică, prin structura şi evoluţia lor" (H. Ey et al. 1967: 211). Prin introducerea conceptului de ***evoluţie*** (Aufbau) şi a celui de ***disoluţie*** (Abbau), se pot face noi diferenţieri în cadrul bolilor personalităţii: *opriri în evoluţie* sau *agenezii ale personalităţii* (oligofreniile) şi *destructurări sau disoluţii ale personalităţii* (dezechilibre, nevroze, psihoze, demenţe) (H. Ey 1963: 749).

Ştim că, în general, conceptul de **boală** acoperă trei sensuri (cel puţin) distincte (Ph. Meyer 1999, în Bonté şi Izard 1999): conceptul general de boală, boala

[172] Freeman & Tyrer în volumul "*Metode de cercetarea în psihiatrie*" (2001: 203) referindu-se la clasificare şi diagnostic în psihiatrie, atrag atenţia asupra distincţiei dintre: formularea unui diagnostic clinic şi alocarea cazurilor în diferite clase descriptive. *Diagnosticul* distinge o boală de alta şi are implicaţii pentru tratament, evoluţie (prognostic) şi etiologie. *Asigurarea unui caz într-o anumită clasă* pe baza prezenţei sau absenţei unuia sau mai multor simptome sau semne care definesc clasa respectivă, nu are, *per se*, asemenea implicaţii.

ca entitate clasificatorie şi boala în sensul de experienţă individuală a unei persoane. Luând acum în calcul cel de al doilea sens, putem aminti aici insistenţa lui Henri Ey în ceea ce priveşte deosebirea dintre boala ca **entitate nosologică** ce se caracterizează printr-o etiologie specifică şi conceptul de **„specie clinică"** (sau **„structură psihopatologică"**) care nu are o etiologie sau o patogenie precizată.

Este momentul în care Ey introduce următorul principiu: „planurile etiologic şi semiologic nu trebuie confundate" (H. Ey 1975: 163) cu consecinţe majore asupra teoriei sale diagnostice. Este vorba de separarea diagnosticului clinic de diagnosticul etiologic.

În acest fel, procesul de diagnostic medical (**diagnosticul de specie**) are, la rândul său, două etape principale (cf. H. Ey et al. 1967: 212, H. Ey 1975: 164-165):

1) diagnosticul semiologic – diagnostic clinic / diagnostic de structură psihopatologică (DIAGNOSTIC STRUCTURAL);
2) diagnosticul etiologic – (DIAGNOSTIC ETIOLOGIC).

Cum se poate ajunge la **diagnosticul structural**? Răspunsul este dat în Monografia din 1975 (H. Ey 1975: 165): prin **analiza structurală**. Ce este aceasta, vom vedea ulterior. Prin ***analiza structurală*** nu putem ajunge însă la **diagnosticul etiologic**, dar aceasta propoziţie, spune Henri Ey, nu trebuie luată într-un sens absolut (cf. H. Ey 1975: 165). Trebuie să ţinem totdeauna seama de fenomenul de *latenţă*, sau cum este numit de Ey, *l'écart organo-clinique* (distanţa organo-clinică). Prin urmare, clinicianul trebuie să-şi pună două întrebări fundamentale legate de diagnostic:

I)despre ce **structură psihopatică** este vorba?
II)care este **etiologia** pe care trebuie să o atribuim acestei structuri? (H. Ey 1975: 164)

Prima întrebare permite *diferenţierea psihozelor* (adică diagnosticul diferenţial al structurilor psihopatologice).

A doua întrebare este singura, în opinia lui Henri Ey, care permite *diferenţierea bolilor mintale* (adică diagnosticul diferenţial al bolilor) (H. Ey 1975: 164).

Legat de cele două tipuri de diagnostic menţionate Ey face următoarele precizări:

- Diagnosticul semiologic nu are relevanţă etiologică (această afirmaţie tare, fiind însă, amendată de autor la p. 165);
- Adevăratele probleme de diagnostic sunt problemele de diagnostic etiologic (H. Ey 1975: 164).
- Ştiinţa psihiatrică nu se reduce însă la cercetarea problemelor etiologice, iar funcţia exactă a *analizei structurale a psihozelor* este aceea de a cerceta *mecanismele activităţii psihice* care sunt tulburate sub diversele aspecte pe care le prezintă nebunia. Combinaţia acestor două descrieri este singura care poate constitui *Istoria naturală a nebuniei* (H. Ey 1975: 165).

Diagnosticul structural este mai degrabă unul de tip „perceptiv", nu unul „clasic", dacă este să folosim terminologia cunoscutului psihiatru francez J. M. Azorin (1998). Acest tip de diagnostic ţine, mai degrabă, de un model *Gestalt*-ist cu o figură (*fizionomia*, *structura tipică,* cum le spune Henri Ey) ce se detaşează pe un fond. De remarcat că acest model este schiţat în *Die Psychiatrie der Gegenwart* (H. Ey 1963: 743) unde *fizionomia* este numită de Ey însuşi *Gestaltizare*:

„Mai întâi, când ne găsim în fața unui *caz*, adică atunci când suntem unul din polii intâlnirii noastre cu bolnavul, noi 'adunăm' ceea ce la el 'seamănă' cu ceea ce am observat la alți pacienti. Şi, în mod natural, posibilitatea de a fonda, dacă nu o știință (Wissenschaft) cel puțin o cunoaştere empirică (Kennenschaft) depinde de posibilitatea de a sesiza această *fizionomie* care, ca *Gestaltizare tipică*, ca 'ordine fenomenologică', ni se impune. Fie că observatorul a fost Esquirol, Griesinger, Falret, Kahlbaum, Kraepelin sau Seglas, sau cel mai modest dintre noi, tocmai munca de identificare a anumitor *figuri* sau *constelații semiologice* este cea care devine indispensabilă pentru stabilirea diagnosticului de boală mintală, pentru prognostic, tratament şi (dincolo de clinică), pentru concepția etio-patogenică ce decurge din acestea. În această privință, toate *bolile mintale* par să fie *sindroame* ” (H. Ey 1963: 743).
Interesant este modul în care este definită *structura psihopatologică*, ca fiind ceva *trăit* în mod subiectiv de bolnav, dar, în acelaşi tip, *observat* de către medic. Se pune, desigur, aici, problema epistemologică a *observabilității* structurii psihopatologice. Este ea într-adevăr *observabilă* sau este numai *inferabilă* din datele de observație clinică? Putem face o corelație cu *analiza obiectivării bolii* din *Naissance de la Médecine* (H. Ey 1981). Apoi cu celelalte tipuri de analiză a simptomelor clinice (clinică-semiologică, fenomenologică, existențială, psihanalitică, socio-culturală).

Legat de *caracterul observabil* al *semnelor negative*, comparativ cu cel al *semnelor pozitive*, Henri Ey face o remarcă extrem de interesantă, care ne trimite la aspectele culturale ale psihiatriei şi în special, la ceea ce s-a numit 'diagnosticul profan de nebunie' (G. Devereux 1977: 286-316). Este vorba de nota de la pagina 142 din Monografie şi de asemenea, de textul de la aceeaşi pagină la care este asociată nota, în care se arăta că, pentru medic, *semnele negative* sunt greu de pus în evidență, ele sunt mai uşor de sesizat de către observația vulgară, adică populară. Iată nota 41, p. 142: „Ne amintim că, în textul dedicat 'factorilor de nebunie', Jackson insista asupra tulburărilor (negative) ale conştiinței pe care observația vulgară le vede mai bine decât psihiatrii. ('Acest om este tulburat' corespunde la ceva concret)" (H. Ey 1975: 142). Iar textul de la aceeaşi pagină, precizează următoarele: „Dacă vrem să înțelegem la ce corespund diversele niveluri de disoluție, trebuie să ne reprezentăm că, în vârful acestei disoluții, la limita normalului, vom întâlni oscilațiile activității psihice proprii variațiilor patologice (şi nu doar fiziologice) ale acestei funcționări. *Semnele negative* ale unui astfel de deficit vor fi dificil de pus în evidență; ele nu sunt recunoscute în general la noi deoarece nu există nume pentru a le denumi. În Germania sunt denumite „*Bewusstseinstorungen"* (tulburări ale conştiinței) într-un sens intraductibil în limba franceză. Poate că am putea spune că sunt *tulburări hipnoide* căci ele exprimă o anumită scădere a activității noetice (vezi nota 41). Dedesubtul acestor tulburări, nivelurile de disoluție fiind mai profunde, disoluția atinge funcții mai stabile, mai izolabile, funcții mintale elementare (memorie, luciditate, ordinea amintirilor, coeziunea asociațiilor, atenția etc.), tulburările negative capacitare sunt atunci evidente. În ceea ce priveşte *semnele pozitive* ale nivelurilor de disoluție, ele reprezintă, desigur, ansamblul actelor, ideilor, credințelor, activității psihice care

subzistă. Ele sunt cu atât mai considerabile şi mai vecine cu normalul, cu cât disoluţia este mai mică. La ele trebuie să ne referim atunci când diagnosticăm nivelurile hipnoide cele mai ridicate, adică acelea în care semnele negative sunt cele mai uşoare (H. Ey 1975: 142).

Diagnosticul diferenţial între stări de disoluţie şi stări de variaţie fiziologice

Ceea ce distinge aceste *stări de disoluţie patologice* de *stările de variaţie fiziologice* vecine (anxietatea legitimă faţă de obsesie, de exemplu, sau pasiunea patologică faţă de pasiunea normală) este „însăşi organizarea acestui nivel subzistent. Adică *structura* acestui nivel. Nu va servi la nimic să comparăm cutare punct al nivelului patologic cu cutare punct al activităţii normale, căci ele, ca puncte, vor fi aceleaşi (idee delirantă şi idee falsă, mânie patologică şi mânie normală, iluzie delirantă şi iluzie normală etc.). Ceea ce diferă şi este propriu nivelului patologic, fondând în acelaşi timp psihatria ca ştiinţă autonomă, este ceea ce şcoala clinicienilor, a marilor noştri clinicieni, a pus în evidenţă: *ansamblul tulburărilor*" (H. Ey 1975: 143).

Diagnosticul psihiatric organo-dinamic în condiţiile psihiatriei contemporane

Diagnosticul organo-dinamic – categorii fundamentale

Datele culese, notate în foaia de observaţie, trebuie să permită stabilirea diagnosticului organo-dinamic, pe mai multe niveluri, aşa cum sunt ele prevăzute de teoria diagnostică a lui Henri Ey, ale cărei princpii le-am analizat mai sus. Prin urmare, în organo-dinamism avem:

- diagnostic pozitiv şi diferenţial,
- diagnostic structural (diagnostic de structură psihopatologică)
- diagnostic etiologic.

La acestea se mai adaugă, în cazul în care sunt prezente astfel de afecţiuni, *diagnosticul de afecţiuni somatice* şi *diagnosticul de afecţiuni neurologice concomitente*.

Diagnosticul multiaxial de tip DSM

Prin introducerea manualului american DSM – ca instrument internaţional de diagnostic – a apărut şi necesitatea stabilirii unui diagnostic multiaxial, cu toate că, între acesta şi categoriile diagnosticului organo-dinamic, există numeroase suprapuneri, ceea ce nu le face deloc incompatibile, ci similare şi chiar complementare, aşa cum a arătat Profesorul Aurel Romila[173] în urmă cu câţiva ani.

---

[173] Cf. A. Romila, comunicare personală (2004).

Ateorismul DSM a fost însă puternic criticat, dovedindu-se a ascunde de fapt un „politeorism real” (Ş. Ionescu 1998, nota 25 pp. 29, 33), care duce la un sistem de clasificare de compromis ce îi afectează logica şi claritatea (op.cit p 29). Şerban Ionescu îl citează apoi pe Singer (1985), care se exprimă şi mai dur, spunând: „compromisul se bazează adesea pe un conglomerat eteroclit de criterii provenind de la autori diferiţi şi din şcoli diferite, care riscă să utilizeze în mod diferit aceste aporturi”.

Care ar fi soluţia, în acest stadiu de dezvoltare a psihiatriei, pentru a depăşi aceste obstacole?

Aşa cum aminteşte acelaşi Şerban Ionescu (1998) „în acest context dificil, diverşi autori au preconizat o *abordare polidiagnostică*, în măsură să înglobeze mai multe sisteme operaţionale şi să permită astfel eliminarea incovenientelor unui sistem unic. Kendell (1982), de exemplu, sugerează utilizarea simultană a două sau trei sisteme. LICET constituie o tehnică ce permite utilizarea simultană a mai multor sisteme diferite de clasificare (Pull & Boyer, 1985). Ea este compusă din mai multe *Liste Integrate de Criterii de Evaluare Taxinomice*. LICET nu impune nici un criteriu clinicianului care este, din contră, invitat să-şi formuleze diagnosticul după propriul său obicei. Pentru fiecare dintre clasificările reţinute, analiza datelor se face după un arbore de decizie (Ş. Ionescu 1998:29-30).

O practică clinică organo-dinamică (în acest caz vorbim de practica diagnostică) adaptată la realităţile psihiatriei contemporane, nu poate ignora DSM-ul şi evaluarea diagnostică multiaxială pe care acesta o propune.

Organo-dinamismul propune însă o concepţie teoretică particulară asupra bolii psihice, propune o diferenţiere între boala psihică şi structura psihopatologică, stabileşte o clasificare proprie a speciilor clinice (considerate ca structuri psihopatologice), o diagnosticare etiologică. El adoptă o poziţie proprie în raport cu teoriile etiologice şi cu teoriile patogenice şi, de asemenea, propune o viziune proprie asupra diagnosticului psihiatric, cu doi versanţi principali: diagnosticul structural şi diagnosticul etiologic (cf. H. Ey et al. 1967, H. Ey 1975, etc.).

Prin urmare, considerăm adecvată o *abordare polidiagnostică*, în care, altături de *evaluarea multiaxială*, clinicianul poate face şi o *evaluare diagnostică de tip organo-dinamic.*

Mai mult, în condiţiile multiculturalismului actual, abordarea diagnostică multiaxială trebuie să includă şi *formularea culturală* a diagnosticului propusă de J. Mezzich et al. 2000 şi descrisă în tratatul american de Psihiatrie, sub redacţia lui Kaplan & Sadock (2000). Şi asta pentru că, aşa cum arată etnopsihiatrul francez Tobie Nathan (1999): „într-un viitor apropiat, nici o psihopatologie nu se va putea dipsensa de aporturile *etnopsihiatriei* căci lumea va fi populată, în majoritatea ei, de migranţi (din inteior sau din exterior, de-a lungul spaţiului sau al timpului) şi de fii de migranţi” (T. Nathan 1999:200).

Algoritmi de diagnostic şi criterii de evaluare în clinica organo-dinamică

Ideea de bază a acestui subcapitol, este aceea că, în cadrul unei analize teoretice a structurii foii de observaţie, trebuie să fie pusă în lumină, o relaţie (prevăzută teoretic), între motivele consultaţiei, istoricul episodului actual, istoricul bolii şi istoricul persoanei.

Un exemplu important, este reprezentat de datele cu privire la *momentul debutului* în raport cu consultaţia actuală precum şi *patternul evolutiv al bolii* aşa cum îl descriu pacientul sau aparţinătorii. *Momentul debutului* indică dacă avem de a face cu o suferinţă acută sau cronică (sau o acutizarea a unei suferinţe cronice). *Patternul evolutiv* al bolii ne indică şi el o formă tipică pentru suferinţa acută sau pentru cea cronică (de ex. evoluţia în crize, pusee sau accese pentru bolile acute, sau evoluţia continuă sau periodică, pentru bolile cronice).

Trebuie de asemenea, stabilite *criteriile* care permit diferenţierea unei suferinţe de tip nevrotic, de una de tip psihotic, în cazul bolilor acute (tulburările conştiinţei). De asemenea, vor fi stabilite *criteriile* ce vor diferenţia suferinţele de tip nevrotic, psihopatic, psihotic şi demenţial, în cazul bolilor cronice (tulburările personalităţii).

Se va face o evaluare a *duratei, severităţii, dinamismului* şi *periculozităţii* tabloului clinic întâlnit la pacient.

Durata se evaluează pe o scală a timpului: ore, zile, săptămâni, luni, ani.

Severitatea se evaluează pe o *scală a disoluţiilor psihice* pe care o prevede teoria organo-dinamică. Aici se poate proceda în două moduri:

1. evaluare pe ***scala globală a disoluţiilor psihice*** (vezi H. Ey 1975), urmată de evaluarea în dinamică a variaţiilor de nivel pe parcursul internării, sub tratament;
2. evaluare separată pe ***scala disoluţiilor conştiinţei*** şi pe ***scala disoluţiilor personalităţii*** la prima consultaţie, urmată, de asemenea, de evaluarea în dinamică, a variaţiilor de nivel, pe cele două axe (sincronă şi diacronă).

Dinamismul se evaluează atât clinic, cât şi paraclinic, pe ambele axe ale conştiinţei şi personalităţii.

Periculozitatea se evaluează pe mai multe planuri: ideaţie, intenţie, comportament. Sunt cuprinse aici ideaţia şi comportamentul suicidar, omicidar sau alte acte violente sau antisociale, aşa cum prevede semiologia din H. Ey et al. (1967).

Motivele consultaţiei

Implică *evaluarea* mai multor aspecte importante:

- Situaţiei de consult, a motivelor pentru care se solicită consultaţia, a cererii explicite sau implicite exprimate de pacientul însuşi sau de către terţi;
- Consimţământului pacientului (s-a obţinut sau nu consimţământul pacientului pentru acest consult sau internare);
- Dacă individul este realmente bolnav sau nu: 1. diagnosticul de gen patologic (acesta este un caz sau acesta nu este un caz); 2. diagnosticul diferenţial cu simularea, suprasimularea, disimularea;

- Simptomului dominant şi al simptomelor asociate;

Istoricul[174]

I. Istoricul episodului actual
- Când a debutat
- Cum a debutat: brusc sau insidios;
- În ce împrejurări;
- Cum s-a manifestat la început;
- Cum a evoluat în timp;
- Care au fost factorii agravanți, sau precipitanți;
- Care au fost factorii care au contribuit la ameliorare;
- Tratamente medicamentoase urmate pentru episodul actual,
- Alte terapii (inclusiv terapii complementare şi alternative) + itinerariul terapeutic urmat de pacient;

II. Istoricul bolii
- Când a debutat
- Cum a debutat: brusc sau insidios; în cât timp s-a instalat tabloul dominant;
- În ce împrejurări;
- Cum s-a manifestat la început;
- Cum a evoluat în timp;
- Care au fost factorii agravanți, sau precipitanți;
- Care au fost factorii care au contribuit la ameliorare;
- Tratamente medicamentoase urmate pentru episodul actual,
- Alte terapii (inclusiv terapii complementare şi alternative) + itinerariul terapeutic urmat de pacient;

NOTĂ: Importanța **criteriului evolutiv** în diferențierea structurilor psihopatologice:

A) Pentru **boli acute** se folosesc o serie de criterii care permit să stabilim dacă avem de a face cu o ***structură nevrotică*** sau cu o ***structură psihotică***. Bolile acute evoluează în ***accese, crize*** sau ***pusee***. Anamneza va trebui să stabilească diagnosticul diferențial de structură psihopatologică acută: structură nevrotică acută sau structură psihotică acută.

B) Pentru **boli cronice** se folosesc o serie de criterii care permit să stabilim diagnosticul de *structură psihopatică, nevrotică, psihotică* sau *demențială*. Se poate stabili dacă boala evoluează în manieră continuă, intermitentă sau periodică ori ireversibil deteriorativă.

[174] Datele de istoric au fost organizate după modelul propus în 2003 de către Facultatea de Medicină din Poitiers (Faculté de Médecine Poitiers, 2003) şi după P. Hardy (2004). La acest model am adăugat un aspect important al istoricului pacientului şi al bolii sale, şi anume traseul terapeutic al acestuia şi tipurile de terapii complementare şi alternative urmate pe parcursul evoluției bolii.

Criteriul evolutiv permite, în viziunea organo-dinamică, efectuarea unor ***evaluări prognostice***, conform unor reguli descrise de către Henri Ey în Monografia din 1975.

III. Istoricul persoanei
Include mai multe dimensiuni ontogenetice:

- Ontogeneza psihică (perioada creşterii, perioada adultă, perioada senescenței);
- Ontogeneza personalității (4 etape);
- Ontogeneza personalității morale (3 etape);
- Evaluarea globală a personalității premorbide (normal / patologic);

Metode de cunoaştere a personalității

Evaluarea personalității va include următoarele:
- metoda biografică,
- studiul caracterului persoanei (stilul său propriu de a interacționa cu alții),
- determinarea personajului şi a idealului Eu-lui persoanei,
- înțelegerea concepției despre lume a persoanei (opinii, credințe şi sentimente).
- înțelegerea şi evaluarea capitalului mintal (*fonds mental*) de valori logice acumulate de-a lungul vieții (acest capital este afectat în *sindromul demențial*).

Criterii de evaluare în organo-dinamism

I. Boli acute

- *evaluarea facultativității conştiinței*: variațiile libere, fiziologice / variațiile patologice;
- *evaluarea funcției thetice a conştiinței*: percepție, comunicare, memorie;
- *evaluarea capacității de a creea prezentul*: prezent adevărat / prezenturi false;
- *evaluarea capacității de a fi prezent*: prezența;
- *evaluarea controlului pe diverse niveluri*: senzitivo-senzorial; afectiv; inteligență; acțiune; moral.
- *evaluarea conştiinței bolii şi a atitudinii față de boală*;
- *evaluarea potențialului de periculozitate*: sinucidere, omucidere, acte violente, antisociale (vezi semiologia din H. Ey et al. 1967).

II. Boli cronice

- *evaluarea maturității* (evaluarea gradului de formare a nivelurilor conştiinței şi a personalității) – lipsa unora dintre structurile psihice normale indică o imaturitate a persoanei, ceea ce poate sugera: 1. Lipsa dezvoltării (retard mintal, oligofrenie); 2. Disoluție, dezorganizare (psihoze acute sau cronice); evaluarea maturității implică răspunsul la întrebarea dacă s-a format caracterul persoanei sau dacă s-a format normal ori malformat; se va merge pe schema dezvoltării personalității propuse de

Henri Ey: *Eul ca subiect al cunoaşterii lumii, Eul ca personaj, Eul stăpân al caracterului.*

Credem că este indicat să se facă o **evaluare dublă a maturității**, una pe axa sincronă a dezvoltării psihice, aici şi acum, în momentul consultației (urmărind dacă şi cât de mult s-au dezvoltat nivelurile structurale ale conştiinței) şi alta pe axa dezvoltării diacronice a personalității (urmărind dacă şi cât de mult s-au dezvoltat nivelurile structurale ale personalității).

- *evaluarea plasticității* (evaluarea gradului de flexibilitate şi de adaptabilitate al reacțiilor persoanei la stimulii şi situațiile din mediul său de viață);
- *evaluarea normativității*
- *evaluarea controlului* (afectelor, comportamentelor, acțiunilor);
- *evaluarea raționalității* (credințelor, afectelor, comportamentelor, acțiunilor);
- *evaluarea conştiinței morale / persoanei morale*.

Evaluarea activității psihice normale

Din punct de vedere organo-dinamic „*activitatea psihică normală* reprezintă un efort şi un echilibru care are legile sale proprii, cele ale adaptării la real" (H. Ey 1975: 142). Activitatea psihică normală se caracterizează prin (H. Ey 1975: 142):

- gradul său de *maturitate*;
- gradul său de *plasticitate*;

Maturitatea este definită prin inventarul funcțiilor psihice concrete, în timp ce *plasticitatea* este definită prin studiul comportamentului persoanei în diverse situații vitale (cf. H. Ey 1975: 142).

Echilibrul caracteristic stării de funcționare normală a psihicului implică funcția de reglare şi de control a instanțelor psihice superioare asupra celor inferioare, reglare care permite *adaptarea la realitate*: „Propriul omului normal este de a-şi regla jocul pasiunilor, al imaginațiilor şi al emoțiilor sale prin punerea în acțiune a funcțiilor sale psihice care îi reglează adaptarea la real" (H. Ey 1975: 142).

Sunt implicate aici, o serie de funcții sau de structuri psihice, care permit ființei noastre conştiente să se adapteze la realitate, exercitându-şi astfel una din funcțiile sale cele mai importante, aceea de a diferenția categoriile realului în cadrul câmpului conştiinței constituite într-un act de prezență. Despre această capacitate a conştiinței de „a pune realul" – funcția thetică a conştiinței – Henri Ey arată că: „Adaptându-se la realitate, ființa noastră conştientă manifestă o capacitate operațională complexă, care instituie categoriile realului trăit în experiența sensibilă. „Funcțiile" *memoriei, percepției* şi *comunicării verbale* sunt considerate în general ca fiind actele constitutive ale realității, acte fundamentale întrucât prin fiecare din ele se poate defini activitatea esențială a conştiinței. Ele exprimă acel atribut al ființei noastre conştiente care este capacitatea de a pune realul, adică funcția sa *„thetică"* sau *„noetică"* de cunoaştere" (H. Ey 1998: 30).

Edwin Hersch (2003) pune şi el, ca şi Henri Ey, un mare accent pe importanța clinică a deosebirii între *realitate* şi *concepția despre realitate* a unei persoane. Realitatea fizică e aceeaşi, comună tuturor, însă teoriile noastre despre realitate pot diferi foarte mult, fiind dependente de limbaj şi de contextul istoric şi social.[175]

Henri Ey în teoria sa, ne arată că, în boala psihică, se produce o *inversiune a realității* în mintea bolnavului, concepția acestuia despre realitate fiind de fapt o *contra-realitate* şi un *contra-sens* (H. Ey 1963: 739-741). Adaptarea la realitate poate fi afectată în cazul bolii psihice, putând fi urmată de dezadaptare. Prin revenirea pacientului la nivelul normal de funcționare psihică, se poate vorbi de o re-adaptare la realitate. În evaluarea clinică organo-dinamică, îi revine un rol important înțelegerii nivelului de adaptare la realitate pe care îl prezintă pacientul, sau a gradului său de dezadaptare.

La originea concepției organo-dinamice despre dezadaptarea la realitate[176], putem deosebi cel puțin două teorii: o teorie jacksoniană şi o teorie existențială.

Teoria jacksoniană este legată, la rândul ei, de teoria despre psihic ca fiind organizat ierarhic, straturile superioare fiind mai noi filogenetic. În acest context, instanțele psihice eliberate, încearcă să-l re-adapteze pe bolnav la realitatea contemporană cu el, însă nu reuşesc, întrucât sunt anacronice. La nivelul structurilor sincrone ale ființei conştiente, vom vorbi despre trecerea de la *conştiința personală, individuală*, la nivelul inferior al unei *conştiințe comune, specifice speciei umane*. Iată cum exprimă Henri Ey această pre-condiție a dezadaptării la real, în cazul bolii mintale: „Pierderea propriei libertăți, a autonomiei personale, a direcției, obligă conştiința să „cadă" la nivelul unei conştiințe „comune" sau „specifice". Trăsăturile *specifice* ale degradării conştiinței constituie o modalitate de „cădere" a structurii acesteia de la nivelul experiențelor personale şi intersubiective la nivelul experiențelor „arhetipice", comune. Or, căzând în acest spațiu al poeziei şi mitologiei, în această lume de imagini, conştiința atinge inversul realității; ea cade într-un inconştient pe care filosofii mistici şi romantici îl consideră nucleul, sursa cunoaşterii supranaturale, sau, în orice caz, într-un irațional pe care conştiința îl produce atunci când ea se rupe de realitate, pierzându-şi statutul său rațional" (H. Ey 1983: 115).

Teoria existențială[177] susține, pe de altă parte, că bolnavul este dezadaptat la lumea reală, comună, pentru că el trăieşte într-o altă lume, diferită de cea a „normalilor". Trăirea în această lume imaginară, implică faptul că structura conştiinței pierde acordul cu lumea (H. Ey 1983: 114). Despre experiența trăită a acestui imaginar, Henri Ey spune: „Experiența trăită a acestui imaginar actualizat „pentru sine" este, la fiecare palier al disoluției conştiinței, o modalitate de a gândi, o obiectivare, a cărei „deformare", iluzie este ascunsă subiectului care o trăieşte prin înseşi condițiile ei de prezentare. Într-o astfel de călătorie în noapte, singura în stare

---

[175] A se vedea şi *Limbaj şi realitate* (1999: 233) de M. Dewitt & D. Sterelny.
[176] Pentru scarea nivelurilor realității, Henri Ey face apel la teoria lui Pierre Janet (cf. H. Ey 1975).
[177] A se vedea şi L. Binswanger 2000.

să trăiască nişte imagini fără mundaneitate este conştiinţa onirică, ea dând celui care visează uneori iluzia unui eveniment trăit, iluzie din care nu se iese decât prin trezire şi de care individul nu se desprinde decât uitând de propriul vis. Structura conştiinţei ne apare astfel ca fiind forma în care e trăit orice eveniment: *real* – dacă conştiinţa poate să îl plaseze într-o lume reală, *imaginar, dar „valorând drept real"* – dacă conştiinţa pierde puterea de a-şi organiza experienţa, de a-şi subordona „noeza", ca absolut al trăirii, structurii noematice, ca statut al posibilităţilor" (H. Ey 1983: 114).

Evaluarea conştiinţei bolii la pacientul psihic

Dacă, aşa cum am văzut mai sus, „esenţa" bolii mintale constă din cele două aspecte fundamentale ce exprimă negativitatea sa caracteristică şi contra-sensul său: 1. ruptura coexistenţei şi comunicării cu ceilalţi; 2. destructurarea realităţii (H. Ey 1963: 735), atunci o analiză a conştiinţei bolnavului psihic, din punct de vedere organo-dinamic nu poate fi pusă decât în termenii *relaţiei dintre real şi imaginar*, lucru pe care Henri Ey îl va face, în mod explicit, în textul său din 1963, publicat în *Die Psychiatrie der Gegenwart* (H. Ey 1963: 739-741).
Din perspectiva concepţiei sale, Henri Ey arată că „intră în însăşi structura bolii mintale de a fi o *„maladie a realităţii",* sau ceea ce este acelaşi lucru, o *„maladie imaginară"*, sau, şi mai bine o *„maladie a imaginarului*". Tocmai această „*negativitate*", această tendinţă spre aneantizarea realului constituie realitatea ei. Aşa este realitatea acestei irealităţi" (H. Ey 1963: 741).

Patologia psihiatrică este o ***patologie a realităţii*** şi acest lucru „este evident pentru cel care vrea să admită că organizarea fiinţei psihice nu este altceva decât însăşi legalitatea raporturilor ce reglează sistemul său al realităţii. Astfel încât, orice alterare a realităţii riscă să fie transparentă pentru subiect şi să nu fie sesizată de către observator, dacă acesta din urmă uită că boala poate consta tocmai din această destructurare a fiinţei psihice care îl aruncă în irealitatea imaginarului" (H. Ey 1963). Această cădere în ireal şi imaginar are totdeauna tendinţa, ne spune în continuare Henri Ey, de a fi trăită şi gândită ca o realitate, adică din punctul de vedere al subiectului, ca non-patologică (H. Ey 1963: 740).

Avem astfel formulată ***problema fundamentală a conştiinţei bolii*** la *bolnavul psihic* şi anume că, aceasta pune sub semnul întrebării valoarea de realitate a bolii pentru bolnav (H. Ey 1963: 739). De aceea, aşa cum Henri Ey însuşi o recomandă, în evaluarea pacientului va fi întotdeauna vorba de a sesiza mai înainte de toate, tocmai această „valoare de realitate" pe care boala o are pentru bolnavul însuşi (H. Ey 1963: 739).

După ce formulează întrebarea: cum se prezintă boala mintală în conştiinţa şi existenţa subiectului, Henri Ey subliniază că ne situăm acum, în chiar centrul antropologic al patologiei întrucât „bolnavii noştri mintali prezintă tocmai nişte boli mintale, care se definesc, în mare parte, prin falsa realitate pe care le-o atribuie sau le-o refuză bolnavul" (H. Ey 1963: 739).

Henri Ey nu este de acord cu o afirmaţie generică de tipul „bolnavul mintal ignoră, nu recunoaşte sau neagă boala sa" (H. Ey 1963: 739) arătând că, în funcţie de „importanţa sau caracteristicile tulburărilor lor, bolnavii noştri se situează foarte

diferit relativ la realitatea bolii lor şi noi putem spune „în mare” că multe dintre bolile mintale scapă conştiinţei bolnavilor. Mai mult, ele scapă şi multora dintre medici (H. Ey 1963: 740).

Trebuie deci, ca analiza pe care clinicianul o face conştiinţei bolii la bolnavul psihic, să fie mult mai nuanţată, întrucât se pot identifica situaţii diferite, în raport cu gradul de profunzime al „plonjării în imaginar”, caracteristic diferitelor tipuri de structuri psihopatologice. Schematic, aceste situaţii sunt descrise de Henri Ey astfel:

„Ar fi poate multe de spus despre reticenţa şi reaua credinţă a alienatului delirant (paranoiac, mai ales) şi despre tulburările sau perplexitatea[178] pe care o ascund anumite negări sistematice. Dar, în mare, putem spune că pentru aceşti bolnavi, boala nu există întrucât ea este numită de către ei, altfel: urmăriri „reale” de către poliţie, persecuţii „reale” de către vecini, acţiuni „reale” ale unei maşini, culpabilitate „reală”, apariţii supranaturale „reale”, etc. Realităţii bolii i se substituie realitatea experienţei trăite şi bolnavul se găseşte şi se afirmă a fi în plină sănătate. „Ar trebui să fiu nebun, spune el, pentru a nu crede”. Acesta este cazul marelui alienat care a inversat înseşi categoriile realităţii, pentru a respinge acuzaţia de nebunie.

Mulţi alţi bolnavi (uneori chiar şi unii din cei despre care am amintit deja) au conştiinţa de a fi bolnavi mintali. În special cei mai mulţi dintre nevrotici, depresivi, anxioşi, un număr de schizofreni, melancolici, maniacali, confuzi, demenţi (în primele stadii ale bolii), toţi aceşti bolnavi se plâng că spiritul lor este tulburat. Şi, atunci când aud voci, când se simt depersonalizaţi, împinşi să acţioneze sau forţaţi în actele sau în gândurile lor, ei resimt simptomele lor ca pe o experienţă stranie a cărei realitate, inadecvată cu realitatea comună sau obişnuită, îi nelinişteşte.

În fine, alţii sunt plonjaţi într-o aşa tulburare (confuzie, demenţă, schizofrenie terminală etc.) încât în afară de un vag sentiment (o vagă „conştiinţă”) a anomaliei, nu se pune pentru ei nici o problemă cu privire la realitatea sau irealitatea unei boli, problemă aneantizată prin absenţa totală de problematizare a realităţii” (H. Ey 1963: 739).

Evaluarea antropologică clinică a pacientului psihic

Orice investigaţie antropologică de tip socio-cultural, pune, de la început, problema delimitării analitice a unei unităţi de studiu (unitatea culturală relevantă pentru tipul de cercetare şi scopurile pe care şi le propune). Putem presupune că o astfel de unitate analitică este omogenă în ceea ce priveşte credinţele şi practicile culturale luate în studiu? Nu în mod necesar, în special în condiţiile societăţii industriale moderne. Este necesar să utilizăm unităţile tradiţionale ale antropologiei: sat vs. oraş[179], grup etnic vs. populaţia majoritară sau alte tipuri de comunităţi?

[178] Cu privire la atitudinea bolnavului faţă de boala mintală şi în special legat de această « perplexitate » pe care pacientul o resimte, în special imediat după debut, a se vedea textul excelent al lui K. Jaspers cu privire la debutul psihozelor acute (K. Jaspers 1963 : 414).

[179] A se vedea cercetarea de antropologie medicală de la Perugia (1997) care merge pe distincţia sat/oraş, cf. L. Lepore & M. Minelli *Il contributo italiano al Progetto internazionale della rete INECOM „Signs, meanings and practices related to mental health”*, AM Rivista della Societa italiana di antropologia medica, 3-4, 337-345, Perugia, 1997.

Dacă pacientul provine dintr-un sat cum procedăm? Dar dacă provine dintr-un oraş, dintr-un anume cartier? Care este unitatea relevantă? Dar dacă familia sa, sau chiar pacientul însuşi a migrat recent de la sat la oraş, care este unitatea culturală[180] relevantă? Asupra acestor aspecte importante, antropologul trebuie să ia decizii, astfel încât analiza pe care el o face să fie atât obiectivă, cât mai ales, adecvată pentru scopurile sale.

O altă problemă care se pune şi care trebuie rezolvată în funcție de datele de care dispune antropologul clinician, poate fi formulată sub forma următoarei întrebări: „cum este mai bine să începi evaluarea antropologică, dinspre pacient spre comunitate sau invers?" Noi credem că răspunsul este: dinspre pacient spre comunitate. În opinia noastră, trebuie început cu evaluarea pacientului. Aceasta deoarece, pacientul va trasa, în cursul primului interviu cu antropologul (care ar fi bine, poate chiar obligatoriu, să fie o *istorie de viață*) granițele lumii sale culturale, prezentând în acelaşi timp şi elementele de structură socială, care încep cu descrierea rețelei sociale a pacientului, avându-l pe acesta în centru (rețea socială *ego-centrată*)[181].

În cazul pacienților psihotici sau incapabili, dintr-un motiv sau altul, să realizeze o participare adecvată la interviu, se va face interviul cu aparținătorii sau, în general, cu o persoană foarte apropriată pacientului (membru al rețelei sociale a pacientului).

În momentul când s-au descoperit o serie de ***roluri sociale*** pe care le-a jucat sau le joacă persoana – pacient, se trece la o explorare sistematică a ***setului de roluri sociale*** pe care acea persoană le joacă, atât în comunitatea de apartenență, cât şi în grupările în care este membru:

1) se face o listă cu toate pozițiile şi rolurile sociale ale persoanei în cauză,
2) se explorează fiecare rol în detaliu precum şi conduitele preferate şi aşteptate în acele roluri; de asemenea, este explorată devianța psiho-comportamentală, aşa cum este ea percepută de pacient, precum şi de ceilalți membri ai grupului;
3) se explorează rolul de bolnav şi felul în care persoana se adaptează / deviază de la acest rol;
4) se notează conflictele posibile între roluri şi soluțiile personale / culturale la aceste conflicte. Cum se leagă aceste conflicte de rol social cu apariția / agravarea bolii sau doar a unora dintre simptomele bolii?

După ce s-a construit şi s-a detaliat **rețeaua socială a pacientului** folosind şi date de la aparținători (inclusiv prieteni, vecini, colegi), precum şi lista de roluri şi identități sociale, se vor examina:

A. relațiile şi evenimentele tipice recurente în cadrul rețelei, între actorii implicați.

Aici se poate proceda în două feluri, care nu se exclud, ci se completează reciproc:

---

[180] Avem în vedere aici un pacient provenind din cultura majoritară, nu dintr-un anumit grup etnic care, ar constitui unitatea de studiu de primă elecție.
[181] Cf. J. C. Mitchell, în R. Ellen, 1998.

a) se obțin informații prin interviu, de la actorii implicați în rețea (familie, prieteni, colegi),
b) se efectuează observații pe o anumită perioadă de timp a interacțiunilor între membrii rețelei.

Analiza acestor ***interacțiuni sociale*** se poate face în trei maniere diferite, care constituie trei niveluri:

I) *analiza socială structurală*, în termeni de persoane şi roluri, precum şi interacțiuni între roluri şi identități sociale multiple;

II) *analiza situațională* (se poate lua ca model *analiza situațională* propusă de J. Van Velsen[182] sau de K. R. Popper[183]) care este centrată pe individ şi pe *alegerile* pe care acesta le face între *norme concurente* şi *conflictuale*. Se ajunge astfel la ceea ce A. Wallace numea surprinderea acelui „mazeway" (cf. J. Clifton 1968: 35,45) adică acea imagine mintală complexă, caracteristică unui individ la un moment dat al istoriei sale personale. Printre alte elemente, ea cuprinde idei cu privire la scopurile dezirabile şi capcanele indezirabile, idei despre sine, despre alte persoane şi lucruri, precum şi idei despre instrumentele şi tehnicile ce pot fi folosite ca mijloace pentru atingerea scopurilor. Se poate evalua astfel raționalitatea alegerilor făcute de pacient în diverse situații date, precum şi motivația acestor alegeri (J. Clifton 1968: 35).

III) aceasta ne deschide către un alt nivel, mai profund şi mai complex de analiză şi anume, folosind mijloacele conceptuale pe care ni le pun la dispoziție filosofia minții sau cea a acțiunii, la interpretarea în termeni de stări mintale intenționale şi de acțiuni intenționale, individuale şi sociale (a se vedea J. R. Searle, P. Ricoeur, G.H. von Wright, etc.).

IV) *analiza narațiunilor despre boală* (*illness naratives*) şi a tipurilor de cunoaştere medicală care stau la baza acestora. Un model de analiză a fost propus recent de către Laurence Kirmayer şi L. Stern, în 2004[184].

Toate aceste niveluri de analiză se vor aplica la o serie de *situații sociale tipice*, recurente, ce apar în viața de zi cu zi a pacientului şi în care el este actor, având identități sociale reperabile. Este de menționat că deşi sunt importante şi situațiile sociale repetabile, dar nelegate de boală, interesul cel mai mare trebuie acordat acelor situații legate de boală în care fie numai actorul (pacientul) se simte inadecvat, neperformant în raport cu prescripțiile de rol, fie atât actorul cât şi ceilalți actori sociali cu care interacționează îl percep ca neadecvat[185]. Aceste devieri de la

---

[182] J. Van Velsen *The Extended-case Method and Situational Analysis*, în A. L. Epstein (ed) *The Craft of Social Anthropology*, 1967: 129-152.

[183] K. R. Popper *Mitul contextului. În apărarea ştiinței şi a raționalității*, Editura Trei, Bucureşti,1998: 218-230, 235-239.

[184] Kirmayer, L., Stern, L. 2004. *Knowledge Structures in Illness Narratives: Development and Reliability of a Coding Scheme*, Transcultural Psychiatry, Vol. 41 (1): 130-142.

[185] Nu trebuie uitat că unii autori (e. g. W. Fulford) definesc conceptul de *suferință psihică* pe baza experienței pe care bolnavul o resimte ca „pe un anumit fel de eşec al acțiunii intenționale" (W. Fulford 2000: 99). În concepția convențională, spune Fulford, concepție dezvoltată între alții de Boorse, suferința este derivată din boală care, la rândul ei, este derivată din eşecul funcției. Prin contrast, într-o concepție opusă, eşecul acțiunii este conceptul primar din care derivă atât suferința, cât şi, la rândul ei, boala (W. Fulford 2000: 100). Privind, aşa cum o recomandă şi antropologii medicali, suferința psihică din perspectiva pacientului însuşi, Fulford spune următoarele: „Totuşi, din punctul de vedere al pacientului,

rolurile sociale şi obligaţiile ce ţin de acestea, conduc la o etichetare care denumeşte fie unul sau altul din modelele de devianţă corespunzătoare rolurilor şi recunoscute de comunitate; fie unul din „modele de inconduită" marginale[186] care, în general, cuprind nebunia şi formele sale, dar nu se limitează la ele.

B) relaţiile dintre reţea sau actorii reţelei pacientului şi sistemele de îngrijire a sănătăţii (SIS) din comunitate.

Aici se pun, din nou, probleme legate de *diagnosticul profan de nebunie*[187]. Acest tip de diagnostic, propriu culturii populare, atât în sensul său de *auto-diagnostic* pe care şi-l pune bolnavul însuşi (Cf. G. Devereux 1977), cât şi ca *hetero-diagnostic profan* (diagnosticul pe care bolnavul îl primeşte de la ceilalţi membri ai grupului său cultural), trebuie limitat la *sectorul popular* sau, în funcţie de caz, trebuie extins şi la *sectorul folk*, al vindecătorilor tradiţionali, din *sistemului de îngrijire a sănătăţii*[188] (vezi A. Kleinman 1978, G. Devereux 1977).

În ceea ce priveşte etapele diagnosticului non-medical în cadrul unei comunităţi[189] ele au fost descrise de etnopsihiatrul francez Georges Devereux şi reprezintă o încercare de a fonda o **teorie generală a procedeului diagnostic**, abordând problema istoric, prin analiza diagnosticului „total", adică a diagnosticului psihiatric aşa cum intervine el în psihiatria primitivă (G. Devereux 1977: 286).

Acele situaţii sociale în care persoana (pacientul) a fost considerată ca *deviantă*, vor fi obţinute atât de la pacient, cît şi de la membrii reţelei sale sociale

---

important în experienţa suferinţei este faptul că ea duce la incapacitate. Direct sau indirect, simptomele suferinţei – durerea, paralizia, ameţeala, anxietatea ş.a.m.d. – ne lasă fără putinţa de a duce la îndeplinire lucruri pe care le facem de obicei" (W. Fulford 2000: 1000).

[186] Trebuie remarcată aici importanţa aparte pe care G. Devereux o acordă acestor **"modele de inconduită",** precum şi miza lor teoretică şi practică (G. Devereux 1977).

[187] Menţionăm aici rezervele cu privire la termenul ***nebunie*** ca termen ştiinţific, pe care le exprimă G. Devereux 1977.

[188] Majoritatea sistemelor de îngrijire a sănătăţii cuprind, după Arthur Kleinman, trei *arene sociale* în cadrul cărora se desfăşoară atât trăirea bolii cât şi reacţiile faţă de aceasta. Acestea sunt: *arena populară, profesională* şi *folk* (tradiţională). *Arena populară* cuprinde în special contextul familial precum şi reţeaua socială a bolnavului şi activităţile comunitare. Atât în societăţile vestice cât şi în cele non-vestice, în acest spaţiu se asigură îngrijirea a 70-90% din boli. Tot aici sunt luate cele mai multe decizii legate de momentul când trebuie căutat ajutor în celelalte două arene, cine ar trebui consultat, dacă şi în ce măsură trebuie să te supui ordinelor şi indicaţiilor acestora; aici se fac evaluările eficienţei tratamentului urmat de pacient. *Arena folk* (vindecătorii tradiţionali) cuprinde specialiştii non-profesionişti în vindecare. Etnografii îi împart pe aceştia în două clase: a) grupul vindecătorilor sacri (*sacred groups*); b) grupul vindecătorilor laici (*secular groups*). *Arena profesională* cuprinde pe de o parte medicina profesională, ştiinţifică, numită de către antropologi, "vestică", "cosmopolitană" sau "biomedicină" precum şi grupurile de vindecători indigeni, profesionalizaţi (de ex. medicina chineză Ayurveda, Yunani, chiropractica). În cadrul acestor trei arene sociale, se construiesc forme de realitate socială distincte. Aici se organizează o serie de subsisteme legitimate social de credinţe, aşteptări, roluri sociale, relaţii, tranzacţii, etc., pe care Kleinman le denumeşte ***realităţi clinice***. Din punctul de vedere al acestui model, realităţile clinice sunt construite cultural. Ele diferă nu numai de la o societate la alta, dar şi în cadrul diferitelor sectoare sau arene ale aceluiaşi sistem medical, adeseori chiar de la un actor la altul în cadrul aceleiaşi arene.

[189] Modelul propus de Devereux este gândit pentru *comunităţile tradiţionale* şi este o chestiune de cercetare empirică, dacă el este valid şi în cadrul *societăţilor contemporane.*

(prin interviuri) sau dacă este posibil se recurge şi la observaţii ale comportamentului actual al pacientului în viaţa sa de zi cu zi.

Aici se poate aplica şi *logica situaţională* a lui K. R. Popper, despre care aminteam mai sus, bazată pe reconstrucţia logică a situaţiei. Este momentul în care cineva (1) se recunoaşte, (2) este recunoscut ca bolnav / nebun şi anumite credinţe, atitudini şi comportamente ale sale sunt atribuite bolii (K. R. Popper 1998: 235-9).

Recunoaşterea *statutului social de bolnav*, atrage după sine trimiterea la vindecător şi / sau la medic, deci intrarea în legătură a reţelei pacientului cu sistemul de îngrijire a sănătăţii (SIS). Se pot folosi aici studiile româneşti de antropologie medicală cu privire la sistemele de terapii alternative (e.g. I. Oprescu, & A.Yossif Vickery, 1998) şi se explorează terapiile urmate de bolnav în afara sistemului medical.[190]

În finalul evaluării antropologice, se poate ajunge la o *formulare culturală a cazului clinic*[191], care în conformitate cu indicaţiile *American Psychiatric Association* (APA) ar trebui să conţină următoarele componente:

Identitatea culturală a individului
- grupurile de referinţă ale individului; etnică/culturală.

Explicaţiile culturale ale bolii
- expresiile de suferinţă (*idioms of distress*),
- semnificaţia atribuită simptomelor;
- percepţia asupra gravităţii simptomelor în raport cu normele grupului cultural de referinţă;
- categoriile nosologice locale;
- modelul explicativ individual al pacientului (*individual EM*),
- modelele explicative ale grupului de referinţă culturală (*cultural groups' EMs*).

Factori culturali în legătură cu mediul psihosocial şi nivele de funcţionare
- identificarea stresorilor sociali,
- identificarea suporturilor sociale disponibile (emoţional, operaţional şi informaţional);
- niveluri de funcţionare şi incapacitate (în relaţie cu normele grupului cultural de referinţă).

Elemente culturale ale relaţiei dintre individ şi clinician.
- se indică diferenţele culturale şi de status social dintre individ şi clinician şi problemele pe care aceste diferenţe le pot cauza în diagnostic şi tratament (APA: DSM-IV-TR).

---

[190] A se vedea şi V. V. Toma *Naraţiuni despre boală şi modele explicative la pacienţi cu depresie. Studiu de antropologie psihiatrică clinică (II)*, Psihiatria şi psihofarmacologia prezentului, Nr. 1-2, 2003.

[191] O contribuţie importantă la dezvoltarea şi aplicarea în clinică a *formulării culturale* pentru evaluarea pacienţilor proveniţi din alte culturi, au adus-o cercetătorii din cadrul *Division of Social &Transcultural Psychiatry* care aparţine Departamentului de Psihiatrie de la Universitatea McGill din Montréal (Canada). Pentru mai multe detalii cu privire la perspectiva canadiană asupra *formulării culturale*, trimitem cititorul la următoarele lucrări: Kirmayer, L. J., Groleau, D., Guzder, J., Blake, C., Jarvis, E. 2003. *Cultural Consultation: A Model of Mental Health Service for Multicultural Societies*, Can. J. Psychiatry, Vol. 48, No. 3, April 2003; Kirmayer, L J. 2004. *Culture, Context and Experience in Psychiatric Diagnosis*, Psychopathology, 534, published online: www. karger.com/psp

În loc de concluzii la acest subcapitol dedicat *evaluării pacientului psihic* din punct de vedere organo-dinamic, putem spune că: în clinica organo-dinamică se întâlnesc mai multe tipuri de abordări şi mai multe niveluri de analiză şi evaluare a pacientului psihic, ceea ce îi conferă practicianului din domeniul sănătății mintale, o perspectivă multidimensională asupra bolii psihice şi o mai bună comprehensiune a experiențelor pe care le trăieşte bolnavul, precum şi a caracterului normativ sau non-normativ al acestora, în diverse situații vitale, prin care trece pacientul**.** Asupra acestor aspecte vom mai reveni în capitolul dedicat clinicii organo-dinamice.

Algoritmi de diagnostic

După stabilirea *caracterului non-normativ*, *patologic*, al unei structuri psihice, se face *inventarul complet al funcțiilor psihice* şi se obțin:

- Evaluarea maturității psihice (vezi mai sus);
- Inventarul complet al semiologiei;

Se caută apoi să se grupeze simptomele în structuri tipice, cu caracter sindromic, descrise în literatură (1. Descrieri tipice de caz; 2. Taxonomii). Se stabileşte astfel *diagnosticul de gen patologic.*

Se stabileşte apoi caracterul *acut* sau *cronic* al suferinței psihice, prin anamneză.

Urmează apoi evaluarea pe cele două axe: *sincronă* şi *diacronă*:

1.**evaluarea conştiinței**: aceasta conduce la diagnosticul pozitiv şi diferențial al *structurii psihozei acute* (psihoza acută este aici un termen generic folosit de Henri Ey pentru tulburările de tip destructurare a conştiinței).

- Diagnosticul diferențial ***structură nevrotică*** vs ***structură psihotică***;
- Diagnosticul diferențial ***nevroze acute*** vs ***psihoze acute***;
- *Diagnosticul de specie clinică* adică dignosticul de ***structură psihopatologică acută.***
- *Diagnosticul de formă clinică (tipică sau atipică).*

2.**evaluarea personalității**: aceasta conduce la diagnosticul pozitiv şi diferențial al nevrozei sau psihozei cronice.

- Diagnosticul diferențial între ***psihopatie, nevroză, psihoză, demență***;
- Diagnosticul diferențial în cadrul claselor respective, între diversele psihopatii, nevroze, psihoze şi demențe. Rezultă astfel *diagnosticul de specie clinică*, adică diagnosticul de ***structură psihopatologică cronică***.

Se încearcă stabilirea ***diagnosticului etiologic*** (mai ales pentru suferințele acute – cf. Garré 2003).

A) Dacă este o suferință acută, se va face:

1. examenul conştiinței
2. examenul factorilor etio-patogenici
3. examenul personalității

B) Dacă este o suferință cronică, se va face:

1. examenul personalității
2. examenul conştiinței
3. +/- examenul factorilor etio-patogenici.

Examenul conştiinţei se va face pe mai multe niveluri:
- senzitivo-senzorial;
- afectiv;
- inteligenţă;
- acţiune;
- moral (acţiunea morală)

Se va face evaluarea:
1. **funcţiei thetice** la nivelul percepţiei, comunicării şi memoriei (funcţiile realului);
2. **controlului** (se caută eventuale scăpări de sub control, pe diverse niveluri ale structurii corpului psihic).
3. **normativităţii** (ce înseamnă normativitatea la nivelul structurilor conştiinţei, trebuie precizat).

Evaluarea *factorilor etio-patogenici* implică trecerea în revistă a următoarelor aspecte:
- noxe profesionale;
- factori stresanţi;
- suferinţe somatice în actualitate sau în antecedente;
- suferinţe cerebrale în actualitate sau în antecedente;
- factorii ereditari (antecedente heredo-colaterale; *arborele genealogic*, ce indică că o suferinţă similară a fost întâlnită şi la generaţiile anterioare).

Examenul personalităţii se poate face pentru surprinderea a două aspecte:
1. ***personalitatea premorbidă*** (se foloseşte aici şi instrumentul numit life-chart);
2. ***personalitatea prezentă a bolnavului***, după debutul bolii (personalitatea bolnavului suferă o regresie, o involuţie după debutul bolii, atât în tulburările acute cât şi în tulburările cronice, conform ***principiului dublei disoluţii***).

Cum evaluăm dacă personalitatea premorbidă a fost „normală”?

Înlocuind ideea de normalitate cu cea de sănătate mintală, aşa cum recomandă organo-dinamismul, avem mai multe criterii de sănătate, în evaluarea personalităţii:
- normativitatea; creativitatea,
- controlul de sine; stăpânirea de sine;
- conştiinţa realităţii (modelul verbal al realităţii);
- conştiinţa identităţii de sine;
- maturitatea – formarea caracterului.

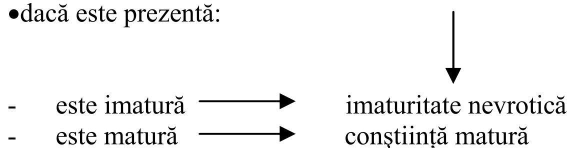
Normativitatea în acest caz, se aplică: 1. sistemului format din persoană şi mediul său de viaţă (fizic, social, istoric, cultural); prin urmare, *criteriul normativităţii nu este individualist*, el nu se aplică individului uman sau doar psihicului său, ci psihicului în relaţie cu mediul. 2. diacron – de-a lungul etapelor dezvoltării sale psihice / psihogenezei sale.

Se descrie, în organo-dinamism, aşa cum am văzut, o *corelaţie între Conştiinţa şi Eul persoanei*, atât în stare de sănătate, cât şi de boală, prin urmare, conform principiului că orice boală psihică implică atât o disoluţie capacitară cât şi o involuţie a personalităţii, rezultă că şi în bolile cronice există afectări ale conştiinţei, deşi mai puţin zgomotoase decât în bolile acute, aşa cum spune Henri Ey. Prin urmare, va trebui să facem şi în *bolile cronice* o evaluare a conştiinţei, pentru a identifica tulburările (chiar minore) ce apar la acest nivel al funcţionării psihice.

Algoritmi de evaluare a conştiinţei morale

1. evaluarea maturităţii conştiinţei morale:

•prezentă / absentă
•dacă este absentă → agenezie (oligofrenie, hermafroditism etc.).
•dacă este prezentă:



- este imatură → imaturitate nevrotică
- este matură → conştiinţă matură

2. evaluarea caracterului bun sau rău al conştiinţei morale mature
3. evaluarea plasticităţii (adaptarea la diverse situaţii vitale)
4. evaluarea caracterului normal sau patologic

Evaluarea conduitei în situaţia actuală[192]:

1. adecvare.
2. inadecvare.

TEORIA PROGNOSTICULUI

Prognosticul, cea de a doua etapă importantă a raţionamentului medical, după diagnostic, reprezintă o previziune legată de modul probabil de terminare a unei boli, precum şi, evaluarea şanselor recuperării dintr-o stare de boală, aşa cum o indică natura şi simptomele cazului examinat.

Elaborarea prognosticului constituie una din problemele cele mai dificile ale practicii medicale, deoarece, de la datele stării prezente a bolnavului trebuie să prevezi viitorul evoluţiei lui, adică să precizeze dacă prognosticul va fi *bun, rezervat* sau *infaust* (R. Rîmniceanu, 1992: 41).

Elaborarea prognosticului nu se face numai în funcţie de *factorul cauzal*, ci trebuie avuţi în vedere şi *factorii predispozanţi, favorizanţi şi adjuvanţi*. Boala influenţează şi ea prognosticul, prin natura ei, prin forma clinică, stadiul evolutiv, complicaţii şi coafectări (ibidem).

Prognosticul trebuie să fie dinamic, în raport cu incidentele şi momentul evolutiv al bolii (ameliorare, agravare, recădere, recidivă, complicaţii, cronicizare). El poate fi

---

[192] A se vedea H. Ey *Études psychiatriques* vol. I, p. 270.

foarte bun (vindecare completă), *bun* (vindecare cu sechele uşoare) *rezervat* sau *grav*, vital sau funcţional (exitus apropiat sau depărtat, sechele invalidante) – R. Rîmniceanu 1992: 42.

Vom prezenta, în cele ce urmează, *teoria prognosticului general*, elaborată de R. Rîmniceanu pentru medicina internă, după aceea vom evidenţia *aspectele specifice ale prognosticului în psihiatrie,* pe care le recomandă Henri Ey.

Pentru ca prognosticul să fie complet, spune Radu Rîmniceanu (1978), trebuie să răspundă la mai multe întrebări, care nu se pun la fel în toate cazurile: cum se va termina boala respectivă ? Bolnavul va scăpa sau va muri ? Cât va dura boala ? Ce consecinţe va avea asupra viitorului bolnavului ? Dar asupra descendenţilor ? etc. (R. Rîmniceanu 1978 : 20).

Rîmniceanu divide conceptul gen de *prognostic general*, în speciile sale, după cum urmează :

- Prognosticul *quo ad vitam*
- Prognosticul *quo ad sanationem*
- Prognosticul *quo ad laborem*
- Prognosticul *quo ad longitudinem vitae*

Cum se caracterizează aceste specii de prognostic, din perspectiva teoriei amintite? Iată ce spune autorul cu privire la fiecare tip de prognostic în parte :

„În afară de prognosticul vital (*quo ad vitam*) imediat, în prezent (vindecare, exitus), există un prognostic, care se referă la viitorul apropiat şi îndepărtat al bolnavului *(in futurum*), care trebuie să prevadă dacă recuperarea bolnavului va fi completă sau incompletă (prognostic *quo ad sanationem*) şi, de asemenea, dacă există risc de *recădere* sau *recidivă*, dacă boala se va vindeca, fără a lăsa urme apreciabile sau vor subzista unele *sechele* (prognosticul lezional poate fi favorabil sau nefavorabil, după cum leziunile sunt reversibile sau ireversibile). S-ar putea ca prognosticul vital să fie bun, iar cel funcţional rezervat (sechele). Prognosticul trebuie deci să se refere şi la funcţia organului afectat (prognostic *quo ad functionem*) şi la gradul recuperării capacităţii de muncă a bolnavului (prognostic *quo ad laborem*), dacă această capacitate va fi afectată total sau parţial, temporar sau definitiv, pe baza căreia, se va face reîncadrarea profesională corespunzătoare (*prognostic social*). În unele cazuri, se poate face şi un prognostic privind durata supravieţuirii bolnavului (prognostic *quo ad longitudinem vitae*), care poate fi evaluat, după caz, în luni sau ani.

În bolile care afectează psihicul suferindului (sechele importante, împiedicând continuarea profesiei, simptomatologie care jenează munca în colectiv), trebuie formulat şi un *prognostic psihologic, moral*.

În cazurile în care sunt posibile unele influenţe ereditare (hemofilie, diabet etc.) se vor face aprecieri *prognostice şi asupra descendenţilor bolnavului*" (R. Rîmniceanu 1978: 21).

Ceea ce ni se pare extrem de important, dintr-o *perspectivă teoretică dinamică* asupra medicinii somatice, pe care, după câte se pare Rîmniceanu o adoptă, este insistenţa autorului asupra aspectului variabil, în timp, al acestor tipuri de prognostic şi de aici necesitatea, pentru medic, de a le evalua în dinamică, pe o perioadă mai lungă sau mai scurtă de timp, în funcţie de evoluţia bolii fiecărui pacient. În ceea ce priveşte variaţia în timp a acestor categorii prognostice, ea „poate

fi *concordantă* (în sens favorabil sau nefavorabil) sau *discordantă* (deşi prognosticul vital este bun, boala nu se vindecă, ci se cronicizează, afectând mai mult sau mai puţin capacitatea de muncă a bolnavului, care poate trăi un timp îndelungat)" (R. Rîmniceanu 1978: 21).

După ce am văzut ce semnificaţie are conceptul de prognostic în medicina somatică, vom examina, în continuare, aspectele teoretice legate de prognosticul bolilor mintale în cadrul concepţiei psihiatrice organo-dinamice.

Mai întâi, vom remarca distincţia pe care Henri Ey o face în *Étude No. 27*, între **prognosticul *quo ad vitam*** şi **prognosticul *quo ad mentem*** (H. Ey 1954: 695). În concordanţă cu doctrina sa ontologică cu privire la organizarea ierarhică a fiinţei umane, şi de asemenea, cu postulatul distincţiei dintre Normal şi Patologic, care în medicina somatică se situează la nivelul vital de organizare, iar în psihiatrie se situează la nivelul psihic, este corect să se facă o distincţie şi la nivelul teoriei prognosticului, în ceea ce priveşte ***prognosticul general*** şi ***prognosticul mintal***. Această distincţie va fi regăsită şi în structura foii de observaţie, ordonând astfel rubricile rezervate prognosticului, pornind de la fundamente teoretice organo-dinamice. În acord cu teoria prognosticului general, pe care am descris-o mai sus, categoria „prognostic general" din foaia de observaţie, va include următoarele tipuri de prognostic: prognosticul *quo ad vitam,* prognosticul *quo ad sanationem,* prognosticul *quo ad laborem,* prognosticul *quo ad longitudinem vitae.*

Categoria **prognosticului quo ad mentem** se divide, în conformitate cu separaţia prevăzută de teoria organo-dinamică între *patologia acută* (patologia conştiinţei) şi *patologia cronică* (patologia personalităţii), în două clase majore: *prognosticul tulburărilor acute* şi *prognosticul tulburărilor cronice.*

Prognosticul tulburărilor acute

Pentru patologia conştiinţei, Henri Ey, împreună cu Julien Rouart stabiliseră deja, din 1936 următorul *principiu prognostic*: cu cât este mai rapid şi mai profund procesul de disoluţie, cu atât sunt mai mari şansele să se producă o *restitutio ad integrum* (H. Ey 1954: 695).

Trebuie însă să facem distincţia, ne spune în continuare Ey, între trei tipuri diferite de prognostic al crizelor patologice ale conştiinţei: *prognosticul duratei crizei, prognosticul recidivei şi prognosticul formelor de cronicitate* (H. Ey 1954: 695).

Aceste categorii de prognostic pe care le distinge teoria organo-dianamică, sunt descrise de Henri Ey astfel:

1.„în ceea ce priveşte *durata crizei*, se pare, într-adevăr, că destructurările bruşte şi profunde de tip confuzional (şi la limită, sincopa) comportă posibilitatea unei restaurări rapide a activităţii conştiinţei. Natural că aceasta nu poate fi o regulă absolută, pentru bunul motiv că, procesul generator are propria sa valoare de gravitate (O comă traumatică, de exemplu, cu toate că este rapidă, nu este totuşi mortală...). Dincolo însă de procesul *quoad vitam*, prognosticul *quoad mentem* pare să asculte în general de această regulă. Astfel încât, clinica ne arată, în evoluţia lor naturală, crizele de confuzie având o durată mai scurtă decât cea a crizelor maniaco-depresive (acestea durează, într-adevăr, în medie de la 4 la 6 luni şi chiar mai mult).

2.cât despre *probabilitățile recidivelor*, atâta timp cât ele pot fi deduse doar din caracterele semiologice ale crizei, putem spune că [criza] are cu atât mai multe şanse de recidivă cu cât este de un nivel mai ridicat. Astfel că, crizele maniaco-depresive manifestând la nivelul cel mai ridicat, o minimă scădere a pragului de soliditate a organizării conştiinței, au o probabilitate de recădere mult mai mare decât formele de destructurare de nivel mai profund.
3.în fine, în ceea ce priveşte riscul de instalare sub formă de *tulburări cronice*, este posibil să spunem că, cronicitatea este invers proporțională cu profunzimea nivelului de destructurare, ținând cont de stările ciclotimice, de fondul de organizare psihotică şi mai ales nevrotică a bolnavilor maniaco-depresivi şi cu caracter incurabil şi, în fond „accidental" al multora din delirurile confuzo-onirice. Însă, prognosticul înşelător în această privință, al psihozelor delirante şi halucinatorii acute trebuie reamintit aici, mai cu seamă. ..Tocmai acest fapt este cel care exprimă tendința de a vorbi, în astfel de cazuri, de *schizofrenie acută*" (H. Ey 1954: 695).

În legătură cu *vindecarea psihozelor acute*, Henri Ey ne spune că, aceasta se face cel mai adesea în trepte succesive şi numai rareori dintr-o singură etapă, fapt extrem de important pentru stabilirea prognosticului acestui tip de tulburări:
„Cât priveşte transformările pe care le suferă toate aceste psihoze, precum şi formele de trecere care le fac să se substituie unele altora în mişcarea progresivă spre vindecare, toate aceste mişcări şi bulversări fac parte integrantă din „travaliul" prin care se manifestă acest progres. La fel cum pacientul a parcurs „la plecare" aceste etape, aceste faze, aceste crize, aceste structuri dinamice pe care noi le-am numit niveluri structurale ale destructurării conştiinței, când aceasta s-a descompus după ordinea inversă a evoluției sale (retrăgându-se din prezent, confundându-se cu reprezentarea sa şi închizându-se față de lume) – el regăseşte „la întoarcere", rareori dintr-odată, cel mai adesea prin paliere succesive (deschizându-se lumii, regăsind ordinea spațiilor trăite, reluând direcția câmpului conştiinței sale) structura normală a conştiinței lui" (H. Ey 1954: 696).

Prognosticul tulburărilor cronice

În ceea ce priveşte prognosticul tulburărilor cronice, acesta ar fi făcut cu siguranță, obiectul reflecției lui Henri Ey, în cel de al IV – lea volum din *Études psychiatriques*, pe care nu a mai avut, din păcate şansa să-l scrie.

Singura psihoză cronică asupra căreia Henri Ey a insistat însă, elaborându-i teoria prognostică şi care, ne dă o perspectivă de ansamblu asupra a ceea ce ar trebui să fie o astfel de teorie în general, cu privire la patologia personalității, este schizofrenia. Ne referim aici la textul său *Formes évolutives. Rémissions. Formes terminales. Problème du pronostic des schizophrénies* (1955) re-publicat în 1996 de către Jean Garrabé în volumul *Schizophrénie. Études cliniques et psychopathologiques* (H. Ey 1996: 289-343).

Ceea ce îşi propune Henri Ey, în acest studiu psihopatologic, este să stabilească o serie de factori de prognostic ai schizofreniei şi pentru aceasta, examinează, succesiv: *ereditatea, biotipul somatic, personalitatea psihologică (prepsihotică), vârsta şi sexul, mediul ecologic şi cultural, aspectul semiologic*

(forma clinică), modalitățile de debut şi de evoluție, precum şi caracterul simptomatic al afecțiunii (rolul factorilor „exogeni”) (H. Ey 1996: 301).

În plus, sunt luate în calcul, pe de o parte, *efectele internării în spitalul psihiatric (influența mediului azilar asupra cronicizării*[193] *şi a instalării „demenței terminale”)* şi pe de altă parte, *mecanismele psiho-dinamice ale evoluției bolii (studiul aspectului dinamic al forțelor de rezistență a ființei contra dezagregării din schizofrenie)* (H. Ey 1996: 304-305).

Iată deci bogăția de aspecte ce trebuie luate în considerare atunci când se urmăreşte stabilirea prognosticului unei tulburări cronice a personalității, din punctul de vedere al unei clinici organo-dinamice.

Raportul diagnostic / prognostic în psihiatria organo-dinamică

Cu privire la acest aspect, Henri Ey va arăta că: „o concepție dinamică a psihiatriei atribuie *cercetărilor anatomo-fiziologice* necesare, veritabilul lor rol: cel de a explica determinismul *tulburărilor negative* din psihoze şi numai atât. Prin reintegrarea în determinismul tulburărilor, a unei părți psihice sau *pozitive*, ea restituie tulburărilor mintale veritabila lor originalitate, şi prin aceasta, impune necesitatea unui *studiu psihopatologic prealabil* şi preparator al întregii patologii mintale. În *ordinea prognosticului*, o astfel de concepție câştigă prin ceea ce face să se piardă din rigoarea prea strictă a diagnosticelor nosografice. Într-adevăr, în loc de a închide bolnavii într-un cadru imuabil şi fix, de prognostic teoretic determinat, ea obligă la o foarte mare prudență în observarea mişcării evolutive şi reevolutive a diverselor niveluri structurale şi cere, din acest punct de vedere, reguli de prognostic care să țină cont nu numai de prezența simptomelor cutare sau cutare, ci şi de dezvoltarea lor în timp şi de perspectiva lor. Desigur, obişnuințele şi trebuința noastră de scheme diagnostice precise şi rapide nu găsesc satisfacție imediată în această atitudine, însă nouă ni se pare că veritabila observație clinică, mai ataşată de structuri decât de simptome de suprafață, îşi găseşte locul aici” (H. Ey 1975: 193).

TEORIA TERAPEUTICĂ

În conformitate cu ceea ce susțin autorii unui important dicționar de ştiințe medicale: *Dorland's Medical Dictionary* (1994), termenii *terapie* şi *terapeutică* sunt echivalente, într-un sens, acela de tratament al unei boli, deşi în alt sens, termenul *terapeutică* poate avea o mai mare cuprindere, desemnând ramura ştiințelor medicale care se ocupă cu tratamentul bolilor. Prin *tratament* trebuie să înțelegem, conform aceluiaşi dicționar: managementul şi îngrijirea unui pacient cu scopul de a combate boala sau tulburarea [de care suferă].

Sunt descrise în cadrul rubricii tratament, mai multe tipuri, pe care noi le vom organiza în raport cu dihotomiile fundamentale care le stau la bază, astfel: *activ / expectant; curativ / paliativ; etiologic / simptomatic; rațional / empiric; specific / nespecific; medicamentos / fizic*.

---

[193] Asupra diferențelor de prognostic între cronicizare şi demența terminală în schizofrenie, a se vedea H. Ey 1975 : 194.

Am amintit aici aceste tipuri fundamentale de terapie, pentru a înțelege mai bine filosofia terapeutică a lui Henri Ey aşa cum reiese ea din textele Maestrului de la Bonneval. De asemenea, le-am organizat sub forma unor dihotomii fundamentale, întrucât, după cum am avut deja ocazia să amintim, viziunea lui Henri Ey este întotdeauna dialectică, încercând să surprindă opozițiile acolo unde ele apar şi să le aşeze într-o perspectivă nouă, sintetică, în care nu se mai exclud reciproc ci devin complementare. Acelaşi lucru se întâmplă şi în ceea ce priveşte terapeutica bolilor mintale în organo-dinamism, unde **principiul complementarității** diferitelor tipuri de tratament este esențial. Nu putem acorda întâietate nici terapiilor medicamentoase în defavoarea psihoterapiilor, nici terapiilor fizice în raport cu cele medicamentoase. Fiecare dintre acestea are indicațiile sale, prevăzute de teoria psihiatrică organo-dinamică, dar şi fiecare dintre ele are limite, prevăzute ca atare, din nou, de teoria psihiatrică amintită.

Vom întrebuința, în cele ce urmează, termenul *teorie terapeutică* pentru a denumi ansamblul principiilor şi al tezelor care organizează, în mod sistematic şi coerent, concepția cu privire la tratament al unui autor dat, şi care fundamentează *practica terapeutică* pe care acesta o recomandă.

În ceea ce priveşte **concepția organo-dinamică despre tratament** ea poate fi caracterizată pe scurt, prin următoarele: *terapie activă, rațională, în general nespecifică, atât medicamentoasă cât şi fizică şi psihoterapeutică, scopul fundamental fiind cel curativ*.

Înainte de a prezenta câteva din textele lui Henri Ey care susțin analizele noastre cu privire la teoria sa terapeutică, vom prezenta maniera în care sunt clasificate diferitele tipuri de terapii într-una din lucrările fundamentale ale lui Henri Ey, *Manuel de Psychiatrie*.

Clasificarea tipurilor de terapii recomandate de organo-dinamism

Partea a opta din *Manuel de Psychiatrie* (H. Ey et al 1967: 1039-1139) este în întregime dedicată Terapeuticii. Primul capitol, intitulat *Techniques psychothérapiques* se ocupă de ceea ce Pierre Janet numea *medicațiile psihologice*. Sunt descrise: **psihoterapiile individuale** (psihanaliza, psihoterapiile analitice, alte metode analitice, hipnoza şi sugestia, „visul în stare de veghe" al lui R. Desoille, metodele de relaxare, narco-analizele) şi **psihoterapiile colective** (psihoterapiile de grup, terapiile instituționale şi socioterapiile). Al doilea capitol, intitulat *Les traitements biologiques* se ocupă de tratamentele strict medicale ale maladiilor psihice. Sunt descrise: *tratamentele farmacologice, tratamentele zise de şoc, tehnicile chirurgicale sau psihochirurgia, tratamentele prin agenți fizici*.

Psihoterapiile

Psihoterapiile sunt definite de către Henri Ey în *Étude No. 7*, astfel: „Psihoterapia este ansamblul mijloacelor prin care acționăm asupra spiritului bolnav sau asupra corpului bolnav, prin intervenția spiritului" (H. Ey 1952: 176).

În ceea ce priveşte scopul general al tehnicilor psihoterapeutice, acesta este caracterizat, de către Henri Ey, prin două concepte fundamentale: *comprehensiune* şi *restaurare*:

„Psihiatria a găsit adevărata sa faţă, în ziua în care, esenţialul terapeuticii psihiatrice s-a impus sub forma tehnicilor psihoterapeutice şi acest lucru este şi va rămâne adevărat, indiferent care ar fi importanţa şi interesul metodelor biologice pe care le vom expune mai departe. Esenţa însăşi a psihiatriei, raţiunea sa de a fi, originalitatea poziţiei sale în cadrul ştiinţelor medicale, specificitatea metodelor sale, este într-adevăr, actul prin care spiritul vine în ajutorul spiritului, într-o întâlnire salutară de *comprehensiune* şi *restaurare* (H. Ey). Noi am indicat cu mai multe ocazii, că întreaga activitate a psihiatrilor în faţa unui bolnav dat, este orientată de *proiectul psihoterapeutic al unei „comprehensiuni”* – în sensul literal al termenului – care este acela de „a lua cu sine” un om al cărui spirit este tulburat, pentru a-l re-adapta la o viaţă de relaţie cât mai normală cu putinţă. Dacă psihoterapia nu este totdeauna suficientă, ea este însă, totdeauna necesară” (H. Ey et al. 1967: 1041).

Relaţia dintre psihoterapeut şi pacientul său, este descrisă pe larg, în Monografia din 1975 astfel:

„Orice psihoterapie necesită, într-adevăr, două condiţii esenţiale: *acţiunea* personalităţii psihoterapeutului şi *reacţia* personalităţii bolnavului. Între aceste două coordonate se înscrie mişcarea însăşi a procesului curativ. Orice psihoterapie este o acţiune socială unde se amestecă şi se întrepătrund cel puţin două personalităţi: ea este în acelaşi timp, ca şi actul amoros însuşi, o posedare şi o dăruire. Toate formulele psihoterapeutice se pot reduce la această schemă. În hipnoză şi sugestie, hipnotizatorul se substituie celui hipnotizat, transmite şi impune fiinţei bolnave, o formă de gândire sănătoasă, gata formată. În psihanaliză, psihanalistul, personajul ecran, constrânge inconştientul celui psihanalizat să se modifice prin refracţia sa în conştientul celuilalt. În ergoterapie şi în psihoterapia de grup, psihoterapeutul delegă puterea sa unei forme sociale şi umane pe care o animă cu persoana sa şi prin care menţine şi prelungeşte contactul său. Astfel, actul esenţial al Psihoterapiei este *atitudinea Psihoterapeutului*, şi Rumke are dreptate să remarce că „redoarea şi rigiditatea mintală a medicului reprezintă sfârşitul facultăţii sale terapeutice”. Este foarte adevărat că acţiunea terapeutică constă într-un *act complementar*, a cărui figură fundamentală este cea a unei compensări. În toate cazurile *psihoterapia este centrată pe personajul psihoterapeutului care joacă rolul pe care nu îl mai joacă Eul bolnavului*.

Invers, în orice cură psihoterapeutică, bolnavul concură la propria sa psihoterapie numai în măsura în care fiinţa sa psihică este „alterată” în cele două sensuri ale cuvântului. Fie că, la fel ca în terapeutica prin hipnoză ori în succesoarele acesteia, el se azvârle asupra imaginii care îi este oferită şi impusă şi o absoarbe, fie că, la fel ca în cazul psihanalizei, prin mecanismul fundamental al transferului se reconstruieşte pe modelul psihanalistului, fie că, la fel ca în ergoterapie, propria sa activitate dirijată, îl antrenează în afara sa şi îl re-adaptează.

Astfel, la fel ca în amor sau ca în emoţia estetică, „partenerii” grupului psihoterapeutic merg unul în faţa celuilalt într-un demers, în esenţă, complementar. Unul trebuie să ajungă acolo unde celălalt nu poate. O astfel de întâlnire

(Begegnung), atmosferă esențială, sau dacă vrem, existențială a oricărei psihoterapii, nu are nici un sens pentru o concepție mecanicistă în psihiatrie. Dimpotrivă, ea are un sens profund şi practic, în concepția noastră organo-dinamistă. Ea se adaptează aici, nu numai ca o fericită şi euristică contingență a sistemului nostru teoretic, ci ca unul din aspectele sale cele mai fundamentale: forța cerută psihoterapeutului corespunde slăbiciunii pe care o sapă boala, în măsura în care aceasta reprezintă un proces deficitar. Astfel apare vederii, cu limitele sale naturale – pe care este bine să le vedem, de asemenea – necesitatea psihoterapiei în concepția pe care o apărăm" (H. Ey 1952: 177).

Tratamentele biologice

Întemeierea teoretică a necesității tratamentelor biologice pentru organo-dinamism, se află în însuşi **postulatul organic** care stabileşte că boala are o natură corporală, fiind definită ca o dezorganizare a organizării corpului. Acest postulat reprezintă una din marile cuceriri ale medicinii occidentale încă din perioada hipocratică, reprezentând momentul naşterii Medicinii ca ştiință naturală (H. Ey 1981: 198). Boala este de asemenea naturală, ne spune Henri Ey, „atât în strategia reacțiilor sale cât şi în constituția sa pentru a mobiliza forțele şi apărările organismului" (ibidem).

Boala mintală, la rândul său, reprezintă o *somatoză*, fiind o afectare a organismului psihic, condiționată de un proces somatic generator (H. Ey 1963: 754). Acest lucru situează de drept, patologia psihiatrică în cadrul patologiei generale, iar psihiatria în cadrul ştiințelor medicale (H. Ey, 1955). Ca urmare şi terapia bolilor psihice, în organo-dinamism, trebuie să se supună rigorilor impuse oricărei terapeutici medicale. Acest lucru este evidențiat de către Henri Ey, atunci când, la începutul capitolului dedicat tratamentelor biologice din *Manuel de Psychiatrie* (H. Ey et al. 1967: 1075) scrie că:

„Pentru a răspunde exigențelor obişnuite ale metodelor medicale, tratamentul biologic al bolilor mintale ar trebui să fie *specific şi etiologic*, întrucât fondul patologic al maladiei mintale, oricare ar fi dinamismul său psihologic, este esențialmente *organic*" (H. Ey et al. 1967: 1075).

Tratamentul nu este încă, în psihiatrie, nici specific, nici etiologic, ne spune în continuare Ey, şi aceasta din două motive:

1.punctul de vedere etiologic este respins pentru marea majoritate a cazurilor;
2.o medicație specifică ce s-ar adresa procesului sau organului atins, nu este totdeauna suficientă pentru a vindeca tulburările psihice care se exprimă la un nivel de integrare mai ridicat şi care nu pot să fie reduse la o simplă leziune a unui organ sau a unei funcții localizate (H. Ey et al. 1967: 1075).

Departe de a neaga existența sau eficacitatea unor tratamente specifice pentru diverse tipuri de maladii, Henri Ey acordă o importanță aparte mai ales terapiilor nespecifice şi aceasta, în concordanță cu teoria sa etio-patogenică, care susține că etiologia bolilor mintale este multidimensională şi nespecifică, mai multe boli putând fi produse de acelaşi factor etiologic iar o boală putând fi produsă de mai mulți factori etiologici diferiți. În plus, aşa cum teoria organo-dinamică o prevede,

pluralitatea bolilor nu este dată de o varietate de agenți etiologici, ci de organizarea pluristratificată a organismului psihic.

Rolul unei teorii terapeutice este acela de a interpreta şi de a explica faptele observate în clinică. Asupra acestui aspect epistemologic esențial, Henri Ey revine de mai multe ori, în textele dedicate sistemului său terapeutic. Iată două exemple în acest sens:

„Nu putem intra în detaliile acestor puncte de vedere noi pe care le introduce concepția organo-dinamistă într-o mulțime de probleme particulare (halucinații, isterie, clasificarea delirurilor etc.) însă trebuie să remarcăm în ce măsură teoria organo-dinamistă căreia tocmai i-am rezumat principiile esențiale, se adaptează la interpretarea efectelor extraordinare observate sub influența *terapiei prin şocuri* în evoluția psihozelor. Este vorba aici de o *terapeutică non-specifică*, ce transformă profund tablourile clinice, fapt care pune în cea mai profundă încurcătură nosografia clasică de inspirație mecanicistă. În ceea ce ne priveşte, dimpotrivă, noi înțelegem că modificările introduse în procesul generator, mobilizarea planurilor de nivel, poate activa un travaliu de reconstrucție, un fel de „cicatrizare psihică", până atunci atenuat" (H. Ey 1952: 175).

Cum se explică, din perspectiva teoriei terapeutice organo-dinamice, această activare a procesului de reconstrucție psihică sub influența tratamentelor nespecifice, vom afla din cel de al doilea text de care aminteam mai înainte:

„Este curios să observăm că (în afară de toate *terapeuticile etiologice* a căror indicație este din nefericire, prea rară pentru ca să putem conta prea mult pe ele) *terapeuticile non-specifice,* zise de „şoc", sunt cele care reuşesc cel mai bine în toate aceste psihoze[194]. Totul pare să se petreacă ca şi cum, pentru activitatea nervoasă care nu mai reuşeşte să răspundă conform cu legea „totul sau nimic" a funcționării normale a conştiinței, ... brusca şi profunda disoluție obținută artificial ar fi fost singura capabilă de a decroşa nivelul patologic intermediar. Acest lucru pare adevărat mai cu seamă pentru nivelurile superioare de destructurare (manie, melancolie) atât de sensibile la electroşocuri. Se pare că şocurile insulinice mai puțin brutale, sunt mai bine adaptate pentru psihozele de nivel inferior, atunci când starea generală şi bilanțul funcțional al diverselor aparate o permit. Aceasta înseamnă că, în afară de stările confuzionale care tocmai că nu autorizează prea adesea utilizarea acestei terapeutici, tocmai în psihozele delirante şi halucinatorii acute insulinoterapia este cea mai indicată" (H. Ey 1954: 696).

Pentru a fi cu adevărat o teorie ştiințifică, orice teorie terapeutică trebuie să fie supusă, nu numai verificării în practica clinică, dar şi falsificării. Fidel poziției sale epistemologice de factură popperiană, şi interesat să prezinte, de fiecare dată, modelul organo-dinamic ca pe un model cu adevărat ştiințific[195], Henri Ey îşi va pune următoarea întrebare: „Validitatea ipotezelor patogenice şi clinice aplicate problemelor terapeutice, poate oare avea drept corolar o verificare empirică a metodelor de tratament în Psihiatrie? Răspunsul său va fi următorul: „Calea oferită infirmării trebuie să refuze o recuzare sistematică a cunoştințelor noastre clinice asupra simptomatologiei, diagnosticului sau prognosticului diverselor boli mintale.

---

[194] În acest fragment, Henri Ey se referă în mod expres la psihozele acute.
[195] A se vedea aici H. Ey 1975 : 287-290.

Este indicat ca, pentru a ne pune întrebarea asupra bunei-fondări a unei metode terapeutice, să ne asigurăm mai întâi că este vorba de o boală, despre ce boală este vorba şi ce risc comportă aceasta. Cât priveşte *teza acțiunii complementare a metodelor biologice şi psihoterapeutice,* ea necesită verificarea ipotezei (susținută de Freud pentru un viitor pe termen lung) despre importanța primordială a terapeuticilor biologice, care singure pot acționa asupra condiției negative a procesului de dezorganizare a corpului psihic" (H. Ey 1975: 290).

Ca şi în cazul modelului său teoretic general, Henri Ey arată că orice ipoteză şi orice teorie terapeutică, trebuie să fie supuse examinării din punct de vedere al caracterului strict ştiințific şi prin urmare, expuse atât verificării empirice, cât şi falsificării, pentru a stabili caracterul refutabil al construcției respective, în raport cu faptele pe care se presupune că ar trebui să le sistematizeze şi să le explice.

Raporturile dintre tipurile de terapii

Am văzut până acum că, în mare, două sunt categoriile majore de terapii pe care teoria organo-dinamică le recunoaşte: *terapiile biologice* şi *psihoterapiile*. Cu privire la raporturile dintre aceste tipuri de terapii, din perspectivă organo-dinamică, vom cita următorul fragment din Monografia lui Henri Ey din 1975:

„Modelul a cărui expunere o terminăm aici implică consecințe importante în „praxis", şi spunem bine „praxis" întrucât, contrar a ceea ce auzim spunându-se prea adeseori, esențial pentru Medicul care are responsabilitatea *dramei* pe care o reprezintă mereu (pentru familie, atunci când ea nu e o dramă pentru bolnavul care este adesea prea bolnav, devenind inconştient, chiar satisfăcut de boala sa) maladia mintală autentic diagnosticată şi rezonabil prognosticată, *nu este de a asculta, ci de a acționa*. Desigur, tăcerea poate fi o acțiune, dar cu condiția de a se înscrie într-o strategie terapeutică. Aceasta cere, pentru fiecare caz în parte, *nu o diviziune a muncii* (care reproduce dualismul unei concomitențe mai adesea antagonistă decât pacifică) între psihologi, psihanalişti, sociologi, pedagogi, toți „specialişti" sau „practicieni" ai ştiințelor (umane, culturale sau morale) pe de o parte – şi pe de altă parte, psihiatri, specialişti ai medicinii, adică, în fond, ai unei ştiințe a *naturii* umane – ci, mai degrabă, *o complementaritate* în actul terapeutic. Acesta revenind de drept (chiar dacă poate fi partajat) medicului psihiatru, necesită deci, o *convergență*, dacă nu chiar o *unitate*, în strategia înțelept calculată a îngrijirilor. Orice excluziune, orice monopol, sau apriori este, în ordinea terapeutică, cu atât mai contrară interesului pacientului, cu cât se reclamă de la o dihotomie radicală pe care modelul organo-dinamic îşi propune să o recuze" (H. Ey 1975: 278-9).

Care este, practic, rolul psihoterapiei în cadrul terapiei farmacologice? În ce constă de fapt, „complementaritatea" prevăzută teoretic, între aceste două forme majore de terapie în psihiatrie? Răspunsul lui Henri Ey la această dublă întrebare, îl găsim în *Manuel de Psychiatrie* (1967) formulat astfel:

„Locul psihoterapiei în toate cazurile constă: în primul rând, în a-l face pe pacient să tolereze faza de acțiune latentă a medicamentului. Apoi de a exploata modificările simptomatice sau structurale pentru a amorsa reluarea controlului şi a securității Eului; în fine, de a face să tolereze efectele secundare şi în ultimă instanță, de a

întări relația medic-pacient în ultima fază a curei, care necesită o mare prudență, de asemenea pentru dozele de medicamente şi pentru „doza" şi forma de psihoterapie, pentru a nu eterniza dependența subiectului atât față de medicament cât şi față de terapeut" (H. Ey et al. 1967: 1077).

Consecințele teoriei terapeutice asupra clinicii

Aşa cum vom avea ocazia să amintim şi atunci când vom face analiza clinicii organo-dinamice, pornind de la fundamentul său teoretic care constă în principiile şi tezele concepției organo-dinamice a psihiatriei, vom spune că, descrierea, evaluarea, diagnosticarea şi tratamentul pacientului psihic, este recomandat să se facă prin eforturile conjugate, convergente, ale mai multor categorii de „specialişti" proveniți atât din domeniul științelor medicale (i. e. psihiatri) cât şi din domeniul științelor umane sau culturale (i. e. psihologi, psihanalişti, sociologi, pedagogi, antropologi). Modelul organo-dinamic refuză, din start, orice separare radicală între ceea ce ține de sfera morală şi ceea ce ține de sfera materială, separare carteziană care fundamentează, de asemenea, diviziunea muncii între diferite specialități conexe psihiatriei. Henri Ey îşi fundează, după cum am avut ocazia să arătăm, pe larg, teoria sa psihiatrică, pe un soclu ontologic ce respinge cartezianismul şi stabileşte un raport dialectic între fizic şi moral. Vor apărea astfel, consecințe importante asupra teoriei terapeutice organo-dinamice, în sensul că, în locul separării radicale şi a monopolului terapeutic, este recomandată complementaritatea între specialişti şi disciplinele lor, ceea ce nu poate fi decât în beneficiul bolnavului, a cărui persoană şi experiență de boală sunt explorate mult mai profund şi mai sistematic prin multiplele perspective pe care disciplinele izolate le aduc în strategia de îngrijire recomandată de clinica organo-dinamică.

În ceea ce priveşte caracterul activ al atitudinii terapeutice organo-dinamiste, opusă atitudinii clasice, reținute a terapeutului psihanalist şi tăcerii sale, aceasta se înscrie într-o critică mai profundă a concepției psihanalitice despre care am vorbit deja de mai multe ori. Dacă pentru Henri Ey *terapeutica psihiatrică este în mod esențial „psihoterapeutică"* (H. Ey et al. 1967: 1041) nu poate fi acceptată sub nici o formă psihoterapia pură, ca monoterapie. Asupra acestui aspect esențial al gândirii sale terapeutice Henri Ey revine în mai multe texte. Vedem astfel, expusă cu claritate, poziția sa în ceea ce priveşte întemeierea teoriei terapeutice în concepția sa psihiatrică:

„În acțiunea terapeutică, ipoteza pe care am expus-o dă seamă, în acelaşi timp, de eficacitatea şi limitele psihoterapiei şi, mai general, implică o convergență între terapiile biologice şi psihoterapii. În această privință, dacă este adevărat, aşa cum ne asigură L. Jones (*The Life and Work of S. Freud*, 1953, p. 250) că Freud era convins de faptul că, într-o zi, medicamentele vor merge mult mai departe decât psihoterapia şi dacă se dovedeşte, într-adevăr, că chimioterapia a făcut şi va face încă, mari progrese, noi putem spune că, concepția organo-dinamică a maladiilor mintale, le-a prevăzut în mod expres. Dar şi aici, încă, ea admite prin ipoteză, că nici o psihoterapie pură (altfel decât prin ignorarea mişcării spontane a evoluției bolii) nici o exclusivă terapeutică chimică sau biologică (altfel decât prin nerecunoaşterea

altor aspecte psihologice ale acțiunii sale) nu pot vindeca total şi definitiv un bolnav mintal care este, în acelaşi timp, un bolnav malformat sau alterat organic şi un Om care trăieşte o dramă pe care numai ajutorul unui Altul îl poate face s-o depăşească” (H. Ey 1963: 759).

Teoria terapeutică organo-dinamică stabileşte deci, că în tratarea bolilor psihice nu poate fi recomandată nici psihoterapia pură, nici terapia biologică sau medicamentoasă pură. Fiecare dintre acestea are un rol important dar şi anumite limite, pe care nici un clinician nu le poate ignora.

CAPITOLUL 6
ANALIZA CLINICII ORGANO-DINAMICE

NAŞTEREA CLINICII ÎN ISTORIA MEDICINII OCCIDENTALE

Spre deosebire de ceea ce susține Michel Foucault în celebra sa lucrare *Naşterea Clinicii* (1998), Henri Ey apreciază că, naşterea clinicii, în istoria medicinii occidentale, nu trebuie situată în secolul al XVIII-lea, ci cu mult mai înainte, în perioada hipocratică. Despre această problemă, Henri Ey tratează pe larg în volumul său dedicat istoriei medicinii – *Naissance de la Médecine* (H. Ey, 1981). El este de părere că în cadrul Şcolii din Cos apare o clinică ce vizează cunoaşterea obiectivă a bolnavului şi a bolilor sale.

La rândul său, R. Samacher (1998) pare să susțină poziția lui Henri Ey, arătând că: „Hipocrate (460-380 î I. C.) este primul care inventează o „clinică la patul bolnavului". El operează o veritabilă ruptură cu dogmele care, până atunci, nu diferențiau intervenția medicală de credința religioasă. El este, de asemenea, primul care propune o clinică a observației care îşi oferă timp pentru a observa bolnavii şi pentru a-i interoga. Din acest punct de vedere, el se consacră unui adevărat studiu etnologic, întrucât cadrul şi modul de viață al individului, în aceeaşi măsură cu răspunsurile date de acesta, îi servesc să-şi orienteze examenul şi diagnosticul. El încearcă de asemenea, să cuprindă omul în unitatea sa. Sănătatea şi boala sunt integrate într-un sistem de fenomene naturale, ele fac parte din existența umană şi nu mai sunt atribuite, de o manieră sistematică, influenței zeilor" (R. Samacher 1998: 111).

TIPURI DE CLINICĂ ÎN ISTORIA MEDICINII OCCIDENTALE

CLINICA DECRIPTĂRII vs. CLINICA EXAMINĂRII

Michel Foucault face o distincție între ***proto-clinică*** (clinica pedagogică a sec. al XVIII-lea[196]) si ***clinica medicală*** propriu-zisă (clinica examinării a sec. al XIX-lea). În aceeaşi lucrare, la care ne-am referit mai înainte şi anume *Naşterea Clinicii*, regăsim enumerate, într-un citat datând din secolul al XVIII-lea, toate tipurile de informații ce trebuie să apară în *foaia de observație clinică* şi care formează şi acum, nucleul examinării clinice a pacientului. Epoca pe care Foucault o denumeşte „proto-clinică", este aceea în care renumitul clinician Tissot recomandă studenților săi (în anul 1785 !) ce anume trebuie să afle despre bolnav şi boala sa :

„Ei vor începe prin a-l întreba despre locul său natal, despre structurile care domină acolo, despre meseria sa, despre bolile anterioare; modalitatea în care boala a început, tratamentele făcute; ei vor face investigarea funcțiilor vitale ale bolnavului (respirație, puls, temperatură), a funcțiilor sale naturale (sete, apetit, excreții) şi a funcțiilor sale animale (simțuri, facultăți, somn, durere) ; ei vor trebui de asemenea

[196] Cf. M. Foucault *Naşterea Clinicii*, 1998, pp. 87, 96.

să-i palpeze abdomenul pentru a constata starea măruntaielor sale" (M. Foucault 1998: 86).

Această metodă trebuia să conducă la *denumirea bolii*: „Desemnarea o dată făcută, i se vor deduce cu uşurinţă cauzele, prognosticul, indicaţiile, *întrebându-se: ce este greşit în acest bolnav? Ce trebuie schimbat?*" (M. Foucault 1998: 86).

Metoda clinică a lui Tissot diferă însă, ne spune Foucault, de „**examinarea clinică**" prin faptul că nu se face „inventarul unui organism bolnav" (p.86): „Nu este vorba de un instrument pentru a descoperi un adevăr necunoscut, nu este vorba de o ***examinare***, ci de o ***decriptare"*** (op. cit. p.87).

În sec. al XVIII-lea suntem într-o **clinică pedagogică**, spune în continuare Foucault şi „aceasta încă sub o formă restrânsă, pentru că nu se admite ca medicul să poată în fiecare clipă să citească, prin această metodă, adevărul pe care natura l-a depus în boală. Clinica nu priveşte decât această instruire, în sens restrâns, care este dată de către maestru elevilor săi. Ea nu este, în ea însăşi, o experienţă, ci condensarea, spre folosinţa celorlalţi, a unei experienţe anterioare…În nici o manieră, clinica nu *va descoperi* prin intermediul privirii; ea va dubla numai arta de *a demonstra arătând*"(op. cit. p. 87).

Această ***proto-clinică*** nu va trăi mult. În ultimii ani ai sec. al XVIII-lea „clinica va fi brusc restructurată: detaşată de contextul teoretic în care se născuse, ea va primi un câmp de aplicaţie care nu va mai fi limitat la câmpul în care se spune o cunoaştere, ci unul coextensiv cu cel în care această cunoaştere se naşte, se verifică şi se desăvârşeşte: ea va face corp comun cu întregul experienţei medicale. Mai trebuia ca ea să fi fost înarmată pentru aceasta cu noi puteri, detaşată de limbajul plecând de la care era proferată drept lecţie şi eliberată în vederea unei mişcări de descoperire" (M. Foucault 1998 : 89).

Are loc „o nouă dispunere a *obiectelor cunoaşterii*: un domeniu în care adevărul se arată de la sine şi în acelaşi mod şi privirii observatorului experimentat şi celei a ucenicului încă naiv; şi pentru unul şi pentru celălalt nu există decât un singur limbaj: spitalul, unde seria bolilor examinate este, în ea însăşi, şcoală. Dubla abolire a vechilor structuri spitaliere şi a universităţii permitea astfel comunicarea imediată a învăţământului cu câmpul concret al experienţei; dar, şi mai mult, ea ştergea discursul dogmatic ca moment esenţial al transmiterii adevărului; reducerea la tăcere a cuvântului universitar, suprimarea catedrei, au permis să se înnoade pe dedesubtul vechiului limbaj şi în umbra unei practici puţin cam oarbe, busculată de circumstanţe, un discurs ale cărui reguli erau toate noi; el trebuia să-i fie prescris unei priviri care nu se mai mulţumeşte să constate, ci care descoperă. Prin acest recurs grăbit la clinică se năştea o altă clinică, cea care va fi în curând cea a secolului al XIX-lea" (M. Foucault 1998: 96).

Această nouă organizare a clinicii, spune mai departe acelaşi Foucault, era legată de o reorganizare a domeniului spitalier: „Un contract […] se leagă în tăcere, cam în aceeaşi epocă, între ***spital***, unde se îngrijesc săracii şi ***clinică***, unde se formează medicii" (M. Foucault 1998: 113). Acest contract, durează, după cum ne putem da seama încă şi astăzi, cu toate mutaţiile pe care, chiar şi *noua clinică* a secolului al XIX-lea le va suferi, în secolul următor.

CLINICA PRIVIRII vs. CLINICA ASCULTĂRII

Această distincţie, teoretizată de către Michel Foucault în *Naşterea Clinicii*, este reluată recent de către A. Dagfal (2002). Cei doi autori situează, din punct de vedere cronologic, destul de târziu, în opinia noastră, apariţia *clinicii ascultării* în raport cu *clinica privirii*. În textul lui Dagfal se arată că „odată cu Pierre Janet se constată o trecere de la clinica tradiţională a privirii la o altă clinică, propriu-zis psihologică, ce includea de asemenea, vorbirea şi dimensiunea limbajului. Pe urmele lui Ribot, trebuia depistată semnificaţia actelor, gesturilor şi cuvintelor şi sarcina de interpretare[197] îi revenea psihologului" (A. Dagfal 2002: 597).

Nu putem fi de acord cu o atare poziţie, întrucât ştim bine că, deja clinica alienistă pune preţ pe ceea ce pacientul spune, nu numai pe observarea comportamentului său. Un exemplu relevant în acest sens îl constituie, în acea perioadă insistenţa lui J. P. Falret (1864) ca *observaţia pasivă* a bolnavului în care poziţia medicului este de „simplu secretar care notează cuvintele pacientului" să fie dublată de o *observaţie activă*, prin care pacientul să fie scos din starea sa şi să-şi manifeste mai deplin stările sale interioare (J. P. Falret 1864: 123).

În timp, psihiatria a păstrat o abordare metodologică ce variază între un accent pus pe privire şi un mai mare accent pus pe ascultare, cu toate că progresele tehnologice din cea de a doua jumătate a secolului al XX-lea, au făcut ca balanţa să încline vizibil spre primatul privirii, în căutarea necontenită după o cât mai mare obiectivitate.

CLINICA CONTEMPORANĂ A PRIVIRII

Progresele imagisticii statice şi dinamice, au permis aşadar, ca în explorarea creierului să se producă o adevărată revoluţie. Tehnicile de CT, RMN sau PET SCAN au contribuit la o schimbare de perspectivă asupra clinicii neurologice şi mai apoi psihiatrice. Este adevărat că şi aceste mijloace moderne de explorare şi diagnostic au limitele lor. Privirea medicului nu este pur şi simplu mai penetrantă, intrând în contact cu zone anatomice ce îi fuseseră până atunci imposibil de atins pe omul viu. Este vorba de faptul că se defineşte o nouă observabilitate a faptelor legate de funcţionarea normală sau patologică a creierului, precum şi de aplicarea unor noi grile de lectură a acestor date culese prin observaţie. Limitele privirii medicale sunt impuse, aşa cum arată J. D. E. Gabrieli (1998), Marc Jeannerod et al. (1999) şi alţi cercetători contemporani, de limitele schemelor noastre conceptuale cu care „citim" creierul. La fel cu clinica neurologică sau cu cea cardiologică, psihiatria este pe cale să se transforme, datorită folosirii tehnicilor imagistice.

Ce semnificaţie mai poate fi conferită **termenului clinică**, atunci când, examinarea pacientului se face preponderent prin mijloace paraclinice, iar semiologia îşi pierde încet, încet din importanţa pe care o avea cândva? Este adevărat că, în România posibilităţile de aplicare pe scară largă a tehnicilor imagistice de diagnostic în psihiatrie, sunt destul de reduse în prezent. Cu toate

[197] Despre diferenţa între concepţia teoretică a lui Janet şi cea a lui Freud în interpretarea inconştientului prin intermediul vorbirii, a se vedea A. Dagfal la aceeaşi pagină, precum şi H. Ey în *Conştiinţa* (1983: 333).

acestea, nu putem spune că aceste tehnici nu au nici un impact asupra clinicii psihiatrice, chiar şi la noi în ţară.

SIMPTOMUL ŞI SEMNUL – FORMAREA METODEI CLINICE

La trecerea dintre secolele al XVIII-lea şi al XIX-lea, are loc o schimbare semnificativă de statut al simptomelor şi semnelor de boală. Cu privire la această temă, aflăm din *Naşterea Clinicii* că:

„În tradiția medicală a sec. al XVIII-lea boala i se prezintă observatorului în funcția de simptome şi semne. Şi unele şi celelalte se disting atât prin valoarea lor semantică, cât şi prin morfologia lor. *Simptomul* – de aici locul său suveran – este forma sub care se prezintă boala; din tot ceea ce este vizibil, el este cel mai aproape de esențial: el este transcrierea primară a inaccesibilei naturi a bolii [...] *Semnul* anunță: prognostic, ceea ce se va întâmpla; anamnestic, ceea ce s-a petrecut; diagnostic, ceea ce se manifestă actualmente.” (op.cit.p.121). Însăşi „formarea ***metodei clinice*** este legată de emergența privirii medicului în câmpul semnelor şi al simptomelor” (ibidem).

Ceea ce se va întâmpla cu statutul semiotic al semnelor şi simptomelor în noua clinică, a secolului al XIX-lea, este determinat de mutația esențială care va schimba însuşi statutul ontologic al bolii, prin intervenția gândirii anatomo-clinice. Are loc „o nouă răsturnare a raporturilor între semne şi simptome. În cadrul *medicinii clinice* sub forma sa primară, semnul nu era diferit prin natură de simptome. Orice manifestare a bolii putea, fără modificări esențiale, să capete valoare de semn, cu condiția ca o lectură medicală informată să fie capabilă s-o situeze în totalitatea cronologică a bolii. Orice simptom era semn în potență, şi semnul nu era altceva decât simptomul citit. Or, într-o percepție *anatomo-clinică*, simptomul poate foarte bine să rămână mut, şi nucleul semnificativ cu care se credea că este încărcat să se arate inexistent” (op. cit. p. 204).

Începând cu această epocă „dincolo de simptome nu mai există *esență patologică*: totul în boală reprezintă un fenomen al ei înseşi; în această măsură, simptomele joacă rolul naiv, primar, de natură: ‘Colecția lor formează ceea ce numim boală’. Ele nu sunt nimic altceva decât un adevăr pe de-a întregul oferit privirii; legătura şi statutul lor nu retrimit la o esență, ci indică o totalitate naturală care are doar principiile sale de compunere şi formele sale mai mult sau mai puțin regulate de durată [...] Simptomul a decăzut astfel din rolul său de indicator suveran, nemaifiind decât fenomenul unei legi de apariție; el se află la nivelul naturii” (M. Foucault 1998: 123).

După ce am văzut ce s-a întâmplat în cadrul medicinii clinice în ansamblul său, vom încerca acum să surprindem specificul demersului clinic în psihiatria ce avea să se nască, tocmai în zorii secolului al XIX-lea, prin împrumutarea *modelului medical*.

DEMERSUL CLINIC ÎN PSIHIATRIE

Despre clinica psihiatrică practicată de către Ph. Pinel la începutul secolului al XIX-lea, R. Samacher (1998) spune că, aceasta se bazează pe un demers empiric şi comportă ***examenul*** fiecărui pacient. Mai mult, „pornind de la fiecare caz, el caută ceea ce este particular şi specific fiecărui individ. Încearcă să înţeleagă cum coincid singularităţile pe care le descoperă, cu ceea ce aduce discursul universal al patologiei" (R. Samacher 1998: 114).

Pe plan metodologic, spune Samacher în continuare, „Pinel propune o prezenţă cât mai frecvent posibilă în preajma pacienţilor şi o observaţie cât mai fidelă posibil a fenomenelor, pentru a le putea da descrierea cea mai riguroasă cu putinţă. Fenomenele care îi apar, dacă nu sunt o pură reproducere a realităţii, îi sunt suficient de apropiate, datorită observaţiei directe pe care o practică: „Se notează simptomele care frapează de la început simţurile observatorului dar imediat după aceea, se interoghează bolnavul asupra durerilor pe care le îndură" (*Naissance de la Clinique*, p. 112) pentru a putea degaja cunoaşterea sa fundamentată şi valabilă" (R. Samacher 1998: 114).

În concepţia marelui alienist francez „psihiatria este o disciplină medicală ce tratează tulburările psihice ca şi cum ar fi vorba de tulburări somatice. Pentru Pinel, tulburările mintale trebuie concepute ca o varietate particulară a tulburărilor somatice" (ibidem). Clinica psihiatrică iniţiată de către Pinel se va întemeia deci pe *modelul medical*, bazându-se pe *observaţie* şi *descrierea formală* a tulburărilor psihopatologice (R. Samacher 1998: 115) Acest *câmp al interacţiunii clinice cu bolnavul* va fi structurat în primul rând de către *privire* şi secundar de către *cuvânt*: „Astfel Pinel nu numai că deschide psihiatria observaţiei, dar, de asemenea şi luării în considerare a cuvintelor nebunului, ceea ce face ca nebunia să fie ascultată. A-l asculta pe nebun înseamnă să acorzi un loc subiectivităţii sale" (R. Samacher 1998: 115).

Subliniind rolul important şi ireductibil al subiectivităţii pacienţilor în cadrul clinicii psihiatrice, Samacher arată că: „Demersul clinic în psihiatrie instaurat de Pinel stabileşte o relaţie între subiectul care se manifestă prin comportamente şi cuvinte traduse în simptome şi un rest enigmatic din registrul subiectivităţii care scapă oricărei sesizări" (R. Samacher 1998: 115). Acest rest enigmatic, exprimă capacitatea bolnavului psihic de a spune ceva despre fiinţa sa, ceea ce face ca, în mod fundamental, clinica psihiatrică să fie atât o *clinică a privirii*, cât, mai ales, o *clinică a ascultării*.

CLINICA ORGANO-DINAMICĂ – CARACTERISTICI ESENȚIALE

CLINICĂ A PRIVIRII ŞI CLINICĂ A ASCULTĂRII

Ca o continuare a celor arătate, până în acest moment, cu privire la istoria clinicii, putem spune că în cazul concepției organo-dinamice a psihiatriei, ***clinica*** este atât un *exercițiu al privirii* cât şi un *exercițiu al ascultării*, pentru aceasta fiind relevante nu numai cuceririle şcolii clasice psihiatrice europene, dar şi aportul adus de şcoala psihanalitică freudiană. Specifică acestui tip de exercițiu, este o interacțiune şi mai ales o complementaritate între mai multe categorii de profesionişti în sănătate, o anumită concepție despre pacient, înțeles în complexitatea sa ireductibilă, ca persoană, precum şi un accent pus pe acțiune, adică pe intervenția terapeutică şi pe îngrijirea acordată bolnavului psihic (H. Ey 1975: 278). Pacientul este situat central în cadrul clinicii organo-dinamice, în jurul său fiind concentrate numeroase mijloace teoretice şi practice de cunoaştere şi de intervenție. Dacă literatura recentă încearcă să propună clinicienilor contemporani o nouă viziune asupra demersului clinic, subsumată conceptului de *patient-centredness* (N. Mead, P. Bower, 2000), putem spune că, în organo-dinamism, pacientul se află deja în centrul atenției şi toate eforturile clinicienilor sunt îndreptate spre el, din rațiuni mult mai profunde, ce țin în primul rând, de convingerile umaniste ale marelui psihiatru de la Bonneval.

În cele ce urmează, vom prezenta două elemente esențiale ale clinicii organo-dinamice şi anume, *concepția despre pacient* şi de asemenea, concepția lui Henri Ey despre *tipurile de practicieni* implicați în practica clinică complexă, de tip organo-dinamic şi relațiile dintre aceştia.

CONCEPȚIA ORGANO-DINAMICĂ DESPRE PACIENTUL PSIHIC

A. Pacientul în sine

Aşa cum spune E. Minkowski (1966: 203, 206), pacientul a fost privit, în psihiatrie, în mai multe feluri: *corp, organism, persoană*. Pentru organo-dinamism, foarte importante sunt conceptele de organism şi cel de persoană. Pacientul este privit, pe de o parte, ca ***organism biologic***, iar pe de altă parte, ca ***persoană umană*** cu diversele sale dimensiuni: psihologică, socială, culturală.

Ca **organism biologic**, *pacientul* este comparat cu ceilalți oameni, la cel puțin două niveluri:

- Nivelul biotipologic (întrucât scolile de biotipologie încercau să stabilească anumite corelații între biotip şi predispozițiile la anumite boli, inclusiv la diferite boli psihice);
- Nivelul speciei umane, în ansamblul său.

Ca **persoană umană**, *pacientul* este comparat cu ceilalți oameni, la nivelul:

- Grupurilor sociale şi culturale de referință / apartenență; comparația cu omul mediu sau cu omul ideal pentru o cultură şi o perioadă istorică dată. H. Ey critică ideea de a compara pacientul (mai precis structurile sale psihice cognitive, afective sau comportamentale) cu valorile statistice dintr-o populație

dată, cu excepția unor anumiți parametri psihici (e.g. coeficientul de inteligență).

Fiind o *concepție dinamistă*, teoria lui Ey pune un mare accent pe fenomenul de evoluție (individuală), de creştere şi ***dezvoltare***, atât la nivel biologic, cât şi la nivel psiho-social. Vor fi luate astfel în considerare:

I. Dezvoltarea biologică (ontogeneza organismului uman)
- Dezvoltarea întregului *organism* (ontogeneza organismului);
- Dezvoltarea *sistemului nervos central*, în special a creierului (a se vedea schema dezvoltării embrio-fetale a SNC din H. Ey et al. 1967);

II. Dezvoltarea persoanei (ontogeneza persoanei umane)
- Din punct de vedere **psihologic**: ***dezvoltarea psihică*** (psihogeneza);
- Din punct de vedere **social**: ***socializarea*** (*primară*, în familie şi *secundară* în şcoală, profesie, roluri sociale diverse etc.)
- Din punct de vede **cultural**: ***enculturația*** (în cadrul grupurilor culturale de apartenență: etnic, național, religios, politic etc.).

B. Ascendența pacientului
- Din punct de vedere biologic (zestrea genetică);
- Din punct de vedere cultural (zestrea culturală).

În psihiatrie, poate mai mult ca în oricare altă disciplină medicală, trebuie să facem distincția între *afecțiuni care țin de o transmitere biologică, ereditară* şi *afecțiuni care apar în anumite familii*, datorându-se transmiterii non-ereditare[198], culturale, familiale, a unor comportamente sau habitudini având rol patogenic. Este vorba de a separa ce ține de *patternuri ereditare de transmitere* în raport cu ceea ce ține de *patternuri culturale de transmitere*.

TIPURILE DE PROFEŞIONIŞTI DIN SĂNĂTATE IMPLICAȚI ÎN CLINICA ORGANO-DINAMICĂ

Spre deosebire de alte concepții teoretice, concepția organo-dinamică despre clinică prevede un număr mai mare de *profesionişti în sănătate* care vor contribui la examinarea, evaluarea şi tratamentul pacientului psihiatric. Henri Ey indică de asemenea, foarte clar, faptul că abordarea sa clinică presupune ca medicul însuşi, să fie nu numai un bun psihiatru, dar şi un competent neurolog sau psiholog (H. Ey et al. 1967). În plus, ca psihiatru, el trebuie să fie format atât în spiritul şcolii clasice semiologice psihiatrice şi al psihiatriei biologice, dar şi în spiritul orientării psihanalitice şi mai mult decât atât, în stilul de gândire pe care îl implică psihiatria fenomenologic-existențială.

---

[198] A se vedea aici: V. Gligore (1977) *„Semiologie medicală”*; G. Bouchard, M. De Braekeleer (1992) *„Pourquoi des maladies héréditaires? Population et génétique au Saguenay-Lac-Saint-Jean”*; Ph. Gorwood et al. (2002) *„Schizophrénie et génétique: concepts et evidences”*.

O altă dimensiune pe care o implică scrierile lui Henri Ey, dar la care el nu face trimitere în mod explicit, este dimensiunea socio-culturală, atât a dezvoltării personalității, cât şi a bolii psihice. Prin urmare, „competența culturală” (APA, 1999), atât de mult valorizată de psihiatria contemporană[199], îi este nu numai utilă dar chiar indispensabilă clinicianului din domeniul psihiatriei. În cazul în care el nu poate avea şi o formare în antropologie medicală, va putea cel puțin apela la un specialist antropolog.

Prin urmare, *clinica organo-dinamică*, implică *dinamism* în culegerea, analiza şi interpretarea datelor şi de asemenea, implică *munca în echipă*. Ar putea fi enumerate aici cel puțin următoarele categorii de *profesionişti de sănătate*:

- medic psihiatru;
- medic psihiatru fenomenolog;
- psihanalist;
- medic neurolog;
- medic internist;
- psiholog clinician;
- asistent social;
- antropolog clinician[200];
- informatician (informatică medicală)[201];
- asistente, infirmiere.

Cu privire la *relațiile* care ar trebui să se construiască între toate aceste categorii de practicieni invocate mai sus, Henri Ey va scrie, în textul său din 1975, următoarele:

„Strategia terapeutică necesită, pentru fiecare caz în parte, ***nu o diviziune a muncii*** (reproducând şi la acest nivel, dualismul unei concomitențe mai mult antagoniste decât pacifiste) între psihologi, psihanalişti, sociologi, pedagogi, toți „specialişti” sau „practicieni” ai ştiințelor (umane, culturale sau morale) pe de o parte – şi pe de altă parte, psihiatri, specialişti în medicină, adică, în fond, ai unei ştiințe a naturii umane – ci, mai degrabă, ***o complementaritate în actul terapeutic***. Acest act ce revine de drept (chiar dacă poate fi partajat) medicului psihiatru, necesită deci, o **convergență**, dacă nu chiar o **unitate**, în strategia înțelept calculată a îngrijirilor. Orice excludere, orice monopol, orice *a priori* este, în ordinea terapeutică, cu atât

[199] Necesitatea pentru o mai mare *competență culturală în psihiatrie* reprezintă una din problemele-cheie cu care se confruntă domeniul astăzi, aşa cum susțin şi participanții la simpozionul prezidențial ținut în 30 octombrie 1999 de către *Institute on Psychiatric Services* din New Orleans. *Psihiatria competentă cultural* “nu este o subspecialitate” ci este de o importanță critică în înțelegerea oricărui pacient, nu numai pentru membrii minorităților etnice şi rasiale. Acest punct de vedere a fost susținut, la acelaşi simpozion, de către profesorul şi conducătorul departamentului de psihiatrie de la *Emory University School of Medicine*, Renato Alarçon, M.D., M.P.H (APA, 1999).

[200] La categoria *profesionişti în sănătate*, noi considerăm că într-o clinică psihiatrică de tip organo-dinamic, pot fi şi trebuie să fie incluşi şi *antropologii clinicieni*. Poziția lor în raport cu practica clinică este intens discutată în SUA, Canada etc., întrucât ei sunt fie medici, fie asistenți medicali, fie socio-antropologi fără pregătire medicală (R. Anderson 1996: 413).

[201] Pentru *dosarul electronic al pacientului*.

mai contrară interesului pacientului cu cât se reclamă de la o dihotomie radicală, pe care modelul organo-dinamic îşi propune s-o respingă" (H. Ey 1975: 278-9).
Recunoaştem aici un ***model foarte modern de practică clinică*** bazat pe *munca în echipă* a mai multor profesionişti în sănătate. Acest model depăşeşte limitele inerente ***modelului clasic, centrat pe medicul psihiatru,*** care mai domină încă practica curentă din spitalele şi clinicile de psihiatrie, cel puţin de la noi din ţară. Adoptarea unui astfel de model al muncii în echipe de practicieni cu competenţe şi atribuţii complementare, dă o mai mare ***coerenţă*** actului terapeutic şi o mai mare ***calitate*** îngrijirilor acordate pacientului psihic.

CLINICA ORGANO-DINAMICĂ – CUNOAŞTEREA CLINICĂ PSIHIATRICĂ

CUNOAŞTEREA CLINICĂ PSIHIATRICĂ, O CUNOAŞTERE A ALTOR MINŢI

Se pune de fapt, aici problema: *cum putem avea acces la spiritul individual (din capul persoanei)*? Este vorba de *clasica problemă a altor minţi*, pe care orice concepţie psihologică şi psihopatologică o întâlneşte[202] (cu excepţia, desigur a concepţiilor eliminativiste despre minte cum ar fi behaviorismul de exemplu). Că acest lucru este adevărat, o arată şi preocuparea constantă a psihiatrilor cu problema altor minţi, de la medicii alienişti, trecând apoi prin K. Jaspers şi Henri Ey, până la Kenneth Kendler (2001).

Nu putem avea acces *direct* la spiritul unei alte persoane, ci doar *indirect,* prin manifestările externe ale minţii sale (P. Ricoeur 1995: 117). Se deschide astfel posibilitatea unei ***cunoaşteri ştiinţifice a indivizilor*** (P. Ricoeur 1995: 116, 167): „Întrebarea dacă pot exista ştiinţe ale spiritului echivalează, spune Ricoeur, cu întrebarea dacă este posibilă o cunoaştere ştiinţifică a indivizilor, dacă această înţelegere a singularului poate fi obiectivă în felul ei, dacă poate primi o validitate universală. Da, răspunde Dilthey, pentru că interiorul se oferă în semne exterioare care pot fi percepute şi înţelese ca semne ale unui psihism străin: „Numim comprehensiune, spune el în faimosul articol din 1900 despre originea hermeneuticii, procesul prin care cunoaştem ceva de natură psihică cu ajutorul unor semne sensibile prin care se manifestă". Interpretarea este o sferă particulară a acestei comprehensiuni. Avem, printre semnele psihismului străin, 'manifestările fixate în mod durabil', 'mărturiile omeneşti păstrate prin scriere', 'monumentele scrise'. Interpretarea este, aşadar, arta de a înţelege, aplicată unor asemenea manifestări, mărturii, monumente, al căror caracter distinctiv îl constituie scriitura" (P. Ricoeur 1995: 117).

Ceea ce trebuie notat aici este că, o parte importantă a datelor de la pacient provin din *interpretarea producţiilor psihicului* său: texte manuscrise, desene, picturi, obiecte de artă. Aceste producţii, ca exteriorizări ale psihicului pacientului, au fost propuse spre interpretare în psihopatologie de către Karl Jaspers (1963) într-o pură tradiţie diltheyană. Henri Ey face şi el trimitere la interpretarea artei

[202] Filosoful britanic George Graham, specialist în filosofia minţii, descrie cel puţin trei tipuri de soluţii inadecvate la această problemă (G. Graham 1998: 45-54).

psihopatologice (e. g. H. Ey 1963: 758). El insistă asupra ideii că şi în domeniul artistic trebuie aplicată distincţia dintre Normal şi Patologic, pentru a nu confunda arta abstractă sau supra-realistă (cum era cazul epocii sale) cu producţiile psihopatologice (H. Ey 1963: 757-8).

Întrebarea pe care ne-o punem este următoarea: ***cunoaşterea clinică*** în cadrul concepţiei organo-dinamice este o *cunoaştere ştiinţifică*? Dacă da, este ea concepută pe *modelul ştiintelor spiritului*?

Un răspuns care aproximează destul de bine adevărul, ar putea fi formulat astfel: prin importanţa acordată metodei comprehensiunii, analizei fenomenologice, metodei 'penetrării inter-subiective' sau interpretării producţiilor pacientului, psihiatria organo-dinamistă, la nivel clinic, este concepută pe modelul ştiinţelor spiritului, în tradiţia inaugurată de către Wilhelm Dilthey.

Prin urmare, cunoaşterea clinică psihiatrică este o *cunoaştere ştiinţifică a indivizilor* de tipul unei *ştiinţe a spiritului* care foloseşte ca metode *observaţia* semnelor exterioare ale psihismului celuilalt (i. e. pacientului) şi *situaţia dialogală* care, prin jocul întrebărilor şi răspunsurilor „permite verificarea interpretării pe parcursul desfăşurării dialogului" (P. Ricoeur 1995: 137). În această situaţie, aşa cum spune Ricoeur, *explicaţia* şi *comprehensiunea*, aproape coincid: „Comprehensiunea cheamă explicaţia din momentul în care nu mai există situaţia de dialog în care jocul întrebărilor şi răspunsurilor permite verificarea interpretării pe parcursul desfăşurării dialogului. În această situaţie *explicaţia* şi *comprehensiunea* aproape coincid. Atunci când nu înţeleg în mod spontan, îţi cer o explicaţie; explicaţia pe care mi-o dai îmi permite să înţeleg mai bine. Explicaţia nu este aici decât o comprehensiune desfăşurată prin întrebări şi răspunsuri" (P. Ricoeur 1995: 137).

Henri Ey arată însă că, în cazul *bolnavului psihic*, comprehensiunea este imposibilă fără un „rest". Acest *„rest" incomprehensibil* este atribuit organicităţii şi este de resortul psihiatriei biologice, care caută explicaţii ştiinţifice, nefiind interesată de înţelegere. De aceea, putem spune că, din punct de vedere organo-dinamic, psihiatria este atât o *ştiinţă a spiritului* cât şi o *ştiinţă a naturii*, iar cunoaşterea clinică psihiatrică, are atât caracterul unei cunoaşteri de tip hermeneutic şi fenomenologic, cât şi pe cel al unei cunoaşteri de tip naturalist.

PROBLEMA SITUĂRII MINŢII UMANE ŞI CONSECINŢELE SALE ASUPRA CLINICII PSIHIATRICE

Vom explora câteva din consecinţele majore ale adoptării unei *teorii internaliste* sau *externaliste* cu privire la situarea minţii umane, asupra psihiatriei. În ce constă, de fapt, această *problemă filosofică a situării minţii umane*? Care este poziţia pe care o adoptă Henri Ey în această privinţă şi care sunt urmările acestui fapt asupra cunoaşterii clinice în organo-dinamism?

Problema situării minţii umane constă în a răspunde satisfăcător la întrebarea: *unde este situat psihicul sau mintea umană, în raport cu corpul fizic*? Se deosebesc, în genere, următoarele două poziţii fundamentale:

1. intern (în capul persoanei)
2. extern (inter-personal)

Ca urmare, se vorbeşte de două tipuri corespunzătoare de teorii: ***teorii internaliste*** care susțin că mintea este situată în interiorul corpului fizic (în capul persoanei) şi ***teorii externaliste*** care susțin că mintea este situată în afara corpului fizic, în spațiul inter-personal al interacțiunii şi comunicării inter-umane.

I.**Concepția internalistă**: psihicul este situat „în capul persoanei"
Consecințe asupra psihiatriei:
- *observația clinică* are ca obiect individul: 1. Observația directă; 2. Observația indirectă;
- *distincția normal / patologic* se aplică individului înainte şi după debutul bolii (cf. G. Canguilhem 1985); se foloseşte şi comparația individului cu media statistică;
- *cunoaşterea clinică* – E. Minkowski (1927/1999) descrie *cunoaşterea „prin rațiune"* şi *cunoaşterea „prin sentiment"* sau prin „penetrare inter-subiectivă". Ambele pornesc de la o poziție internalistă asupra psihicului uman; Henri Ey preia această distincție atunci când îşi prezintă concepția semiologică, în cadrul *Manuel de Psychiatrie* (H.. Ey et al., edițiile succesive - 1960-1989).
- *scopul cunoaşterii* este *comprehensiunea*, în sensul de *empatie*, prin care se descoperă *sensuri* aflate „în capul celuilalt"; K. Jaspers (1963) descrie *comprehensiunea statică şi dinamică*, *comprehensiunea rațională* şi cea *afectivă*; în ceea ce priveşte *explicația stărilor mintale* „din capul persoanei" sau a comportamentelor rezultate din acestea, se face apel la *stări neurale* (problema determinismului neural al stărilor psihice);
- *analiza transferului şi contra-transferului* se realizează tot „în capul" unei persoane (medicul sau psihanalistul);
- *reacția pacientului față de boala sa:* 1. reacția intrapsihică (se petrece „în capul" pacientului); 2. reacția clinică (*evaluarea contactului afectiv cu pacientul* o face tot medicul „în capul său").

II.**Concepția externalistă**: psihicul este situat extern, „în planul interacțiunii cu ceilalți"
Consecințe asupra psihiatriei:
- *observația clinică* are ca obiect nu individul în sine, ci interacțiunea dintre indivizi (observație externă/directă);
- *distincția normal / patologic* se aplică comportamentului individului în interacțiune cu ceilalți; importanța criteriului social al normalității;
- *scopul cunoaşterii* este *comprehensiunea* acțiunii / interacțiunii sociale dotate cu sens; sensul nu este „în capul" persoanei ci se construieşte în interacțiune; *explicația* face apel la factori de context socio-culturali (problema determinismului socio-cultural al stărilor psihice – teza culturalistă respinsă de H. Ey);

Consecințele adoptării unei teorii internaliste sau externaliste cu privire la situarea minții asupra psihiatriei (continuare):
I.*concepția despre nebunie ca fiind internă, intra-subiectivă*[203];
II.*concepția despre nebunie ca fiind externă, inter-subiectivă*[204].

CONCEPȚIA INTERNALISTĂ SAU FUNCȚIONALISTĂ DESPRE PATOLOGIA MINTALĂ

Concepția internalistă este reducționistă cu privire la lumea socială (L. Kirmayer et al. 2000: 483). Această poziție teoretică are consecințe în plan metodologic. Aşa cum arată Kirmayer şi Henningsen: „Chiar şi unele din metodele clinice care sunt cele mai deschise la aspectele subiective, personale şi dinamice ale sensurilor psihologice, nu scapă de limitările acestui reducționism" (p. 483). Luând ca exemplu metoda „comprehensiunii genetice" a lui Jaspers, autorii arată că: „Pentru Jaspers, *Verstehen* (înțelegere) nu este în mod esențial *Verstandigung* (comunicare), este mai mult un proces de *Einfuhlung* (empatie) care are loc *în capul psihiatrului*, ce dobândeşte un sentiment de „evidență", în felul acesta reflectând stările mintale ale pacientului. Acest mod de a urmări stările mintale din capul pacientului are, prin urmare, conotații funcționaliste sau internaliste care minimizează sau ignoră contextul social" (op. cit. p. 483-484).

CONCEPȚIA EXTERNALISTĂ SAU INTERPERSONALĂ DESPRE PATOLOGIA MINTALĂ

Concepția externalistă sau interpersonală „poate servi ca punct de pornire pentru dezvoltarea unui cadru non-reducționist, incluzând metode adecvate de determinare a sensurilor conştiente şi inconştiente" (Cooper citat în Kirmayer şi Henningsen 2000: 484). În acest scop poate fi realizată şi o re-formulare a teoriei psihanalitice bazată pe un cadru de referință externalist (p. 494). Sunt citate şi alte abordări non-individualiste, de exemplu, cele ale lui Adolf Meyer sau H. S. Sullivan (1953). Într-o astfel de abordare "sensul nu este văzut ca o „stare în capul cuiva" ci ca un *pattern* de dispoziții comportamentale şi experiențiale care este co-determinat de reprezentările interne ale pacientului şi de către „alții semnificativi" cu care acesta interacționează în mod curent. Reprezentările interne trebuie gândite ca fiind centrate pe agent şi pe acțiune şi prin urmare, ca reprezentări intenționale ale interacțiunilor, trecute şi prezente, cu 'obiecte' (persoane) din mediul înconjurător" (p. 484).

Care sunt consecințele în plan clinic? Determinarea sensurilor ce stau la baza comportamentelor şi experiențelor unui pacient dat, depind de interacțiunea dintre *observator* (psihiatru sau cercetător) şi *pacient*, în două moduri strâns legate între ele:
„Observatorul co-determină atât patternul de interacțiune cât şi reprezentările interne ale pacientului. Atribuirea normalității sau anormalității stărilor mintale şi

[203] K. Jaspers citat de P. Bracken *2001 Postpsychiatry: a new direction for mental health* şi în L. Kirmayer et al. 2000 *Mind Beyond the Net,* p. 483.
[204] L. Kirmayer et al. 2000.

comportamentelor, care este rezultatul acestui proces interactiv, prin urmare, trebuie să fie realizată de un al treilea observator, e. g. prin notarea motivelor aparente ale comportamentelor manifeste, pe înregistrări video ale interviului cu pacientul, în conformitate cu un instrument standardizat de tipul *analizei structurale a comportamentelor sociale* (*Structural Analysis of Social Behavio*r - SASB, Benjamin, 1993) care utilizează două dimensiuni de afiliere şi control din trei perspective diferite: *self-other, other-self* şi *self-self*" (p. 484).

Cu toate că metodele psihiatriei interpersonale pun accentul numai pe semnificaţia mediului social imediat, nu şi asupra altor aspecte ale mediului unei persoane, metodologia sa de cercetare ştiinţifică, sunt de părere autorii, se potriveşte mai bine cu postulatele ştiinţei cognitive moderne decât cu alte perspective în psihiatrie (p. 485).

O *metodologie interpersonală*, precizează autorii citaţi, ar fi adecvată pentru *nivelul intenţional de explicaţie* a interacţiunilor anormale ale unui pacient cu mediul său social (p. 485). Ea s-ar completa într-o manieră coerentă cu explicaţiile de la nivelurile „sub-personale" psihologic şi neural şi, de asemenea, cu explicaţiile privind mediul înconjurător în sens extins, cuprinzând atât aspectele sale fizice cât şi cele socio-culturale (p. 485).

TIPURI DE CUNOAŞTERE RECOMANDATE ÎN CLINICA ORGANO-DINAMICĂ

Organo-dinamismul, concepţie sintetică a întregii psihiatrii, presupune ca la nivel clinic, bolnavul să fie abordat din mai multe perspective şi aceasta implică, în mod cert, mai multe tipuri de cunoaştere. Fiecare din acestea îi furnizează clinicianului date ce vor fi supuse apoi proceselor de analiză, interpretare şi sinteză, fiind utile atât în înţelegerea cazului clinic, dar şi în comprehensiunea globală a persoanei pacientului pe fondul biografiei sale şi în umanitatea sa ireductibilă.

În urma analizelor epistemologice pe care le-am efectuat asupra teoriei organo-dinamice, am putut identifica cel puţin următoarele tipuri de cunoaştere clinică psihiatrică[205], pe care Henri Ey însuşi le foloseşte pentru a desăvârşi demersul său de înţelegere a pacientului psihic:

Cunoaşterea clinică (semiologică) defineşte şi identifică simptomele şi semnele clinice, face inventarul complet al acestora, le analizează clinic şi apoi le aranjează în sindroame.

Cunoaşterea structurală descrie *semnele negative* şi *pozitive* şi surprinde modificările formale ale psihismului, pe fondul cărora apar producţiile pozitive ale imaginarului şi inconştientului. Sunt identificate şi descrise astfel, *structurile tipice* ale nivelurilor de disoluţie psihică, atât în plan sincron cât şi diacron.

Cunoaşterea psihanalitică stabileşte că simptomul are un sens simbolic ce trebuie descifrat cu ajutorul modelului teoretic psihanalitic, aşa cum este el încorporat în teoria organo-dinamică.

[205] Fiecare dintre acestea, îndeplineşte un rol precis, în cadrul ***clinicii organo-dinamice***, aşa cum vom încerca să arătăm în continuare.

Cunoaşterea fenomenologică poate fi de două feluri:

1. tip Jaspers – în „atitudinea naturală”;
2. tip Husserl – în „atitudinea fenomenologică”, după aplicarea reducţiei fenomenologice.

Scopul *cunoaşterii fenomenologice* este altul decât cel al *cunoaşterii clinice* în atitudinea „naturală”.

Ea caută să stabilească *esenţa faptului psihopatologic* subiacent manifestărilor clinice (simptome şi semne)[206].

Cunoaşterea existenţială are drept scop efectuarea unei **analize existenţiale a *Dasein*-ului pacientului**. Scopul este de a înţelege *modul-de-a-fi-în-lume-bolnav*.

Cunoaşterea antropologică clinică are drept scop efectuarea unei *analize culturale* şi a unui *diagnostic diferenţial cultural* (H. Ey, 1973). Se poate completa şi cu formularea culturală a cazului (J. Mezzich et al., 2000).

Atât *cunoaşterea clinică psihiatrică* de tip semiologic cât şi *cunoaşterea psihanalitică*, au ca unitate elementară simptomul. La fel se întâmplă şi cu *cunoaşterea de tip antropologic cultural*. Ceea ce diferă este maniera în care sunt interpretate aceste simptome şi funcţia semiotică pe care o îndeplinesc (E. Corin, 1989, A. Martinez Hernaez, 1998).

Spre deosebire de aceste trei tipuri de abordare*, abordarea de tip structural* ia ca unitate elementară structura, fiind mai apropiată de *abordarea de tip fenomenologic-existenţial* care, aşa cum am văzut, critică tendinţa reducţionistă a abordării clinico-diagnostice, pentru că reduce trăirile pacientului la simptome şi persoana umană complexă, la un simplu caz clinic (A. Tatossian 1997, L. Binswanger 2000).

Prin adoptarea principiilor clinicii fenomenologice, *organo-dinamismul* se vede constrâns să facă faţă tensiunii create de două filosofii atât de diferite: prima, reducţionistă, care transformă individul uman în caz clinic şi trăirile sale în simptome, iar cea de a doua, care doreşte să ofere o viziune non-reducţionistă despre individul uman, înţeles în umanitatea sa ireductibilă.

Datele culese în urma examinării pacientului sunt supuse apoi analizei şi interpretării[207]. În clinica organo-dinamică, spre deosebire de alte orientări teoretice, sunt recomandate mai multe tipuri de analiză a datelor culese de la pacient:

- Analiza semiologică
- Analiza structurală
- Analiza etio-patogenică
- Analiza psiho-dinamică
- Analiza fenomenologic-existenţială
- Analiza antropologică culturală

---

[206] A se vedea aici şi A. Tatossian *Phénomenologie des psychoses* (1997).

[207] Aceste tipuri de analiză şi interpretare a datelor clinice în psihiatria organo-dinamică, sunt menţionate în mai multe din scrierile lui Henri Ey (de ex. H. Ey 1975: 274-6, H. Ey 1996: 399 etc.). Pentru a înţelege cum sunt aplicate concret aceste metode de analiză în studiul nevrozelor, a se vedea H. Ey 1996: 399-402, iar în studiul clinic al schizofreniilor, a se vedea H. Ey 1996: 216 etc.

ANALIZA SEMIOLOGICĂ

Cu privire la **analiza semiologică**, Henri Ey spune următoarele:

- Notarea precisă a ***semnelor*** ce compun tablourile clinice ale maladiilor mintale este greu de învăţat şi de expus, cerând probabil mai multă experienţă decât cunoaştere (H. Ey et al. 1967 79);
- Marii clinicieni clasici au împins foarte departe **analiza simptomelor** (tulburări de mimică, tulburări de limbaj, halucinaţii, idei delirante, stereotipii, impulsii etc) şi au arătat foarte bine că marile ***sindroame*** mintale (stupor, catatonie, manie, melancolie, onirism, sindrom de automatism mintal etc.) constituie un fel de mozaic de simptome în care important este să cunoaştem asamblajul caracteristic pentru a cunoaşte şi analiza bine tablourile clinice (idem).
- **Semiologia** permite: 1) analiza tablourilor clinice; 2) inventarierea simptomelor prezentate de bolnav (H. Ey et al. 1967: 211). Cu privire la utilitatea inventarului simptomelor, în viziunea lui Henri Ey, vom cita următorul fragment: „Dacă, într-adevăr este un efort van şi artificial să efectuăm un *inventar al simptomelor* negative şi pozitive care, aşa cum au arătat si nenumăratele discuţii pe această temă, se suprapun (*chévauchent* – lb. fr.) şi se arată rebele la distincţii utilizabile în practică, nu este mai puţin adevărat că umbra aruncată de acest proces (este vorba de *'procesul somatic generator*' – n.n.V T) asupra tabloului clinic caracterizează tocmai fundalul acestuia. Într-adevăr, această atmosferă de tulburări formale, modalităţile de prezentare şi de distribuţie a trăirii în cadrul experienţei patologice, calităţile de incoercibilitate, de automatism sau de bulversare logică, sunt cele care constituie *fundalul* (Hintergrund) şi negativitatea bolii. Numai pe acest fond se detaşează *formele* (Gestalten) semnificative ale conştiinţei şi ale existenţei patologice, adică pozitivitatea restantă şi activă" (H. Ey 1963: 753).
- În subcapitolul din *Manuel de Psychiatrie* (H. Ey et al. 1967: 85): „*Descrierea şi analiza simptomelor"* Henri Ey et. al., arată că: „Pentru a fi cât mai clară posibil, *expunerea semiologiei* în psihiatrie trebuie să fie la fel de sistematică precum examenul clinic însuşi. Majoritatea manualelor şi a tratatelor se referă la un fel de analiză a funcţiilor vieţii psihice. Noi ne gândim să ne conformăm elementelor de psihologie expuse (în primul capitol) şi necesităţilor practicii, descriind – pentru a merge de la mai superficial spre mai profund – cele trei planuri semiologice următoare: *1) semiologia comportamentului şi a conduitelor sociale* (semiologia 'macrosopică' a conduitelor); *2) semiologia activităţii psihice bazale actuale* (semiologia 'microscopică' a vieţii psihice actuale); *3) semiologia sistemului permanent al personalităţii* (semiologia dinamică a tulburărilor de personalitate). Autorii Manualului (1967) fac o serie de precizări în acest punct: „a) pe planul *anomaliilor în conduitele sociale şi a inadaptării comportamentului*, semiologia se rezumă la a descrie, fără a pătrunde prea mult în structura profundă a tulburărilor. Astfel, notarea tendinţelor la suicid, alterările mimicii sau ale limbajului, refuzul alimentelor sau impulsiile, înseamnă doar să te ţii la *suprafaţa* acestor conduite lăsând de o parte ansamblul dezorganizării psihice din care fac parte. Este vorba în acest caz de un fel de semiologie de urgenţă. b) pe planul *anomaliilor vieţii psihice actuale*, semiologia operează un fel de secţiune transversală prin experienţele

morbide (confuzie, experienţe delirante şi halucinatorii, melancolie etc.). Dar această analiză structurală a tulburărilor lasă fatalmente la o parte alterările durabile ale personalităţii pe care aceste tulburări actuale le pot masca sau deforma. c) pe planul *anomaliilor de personalitate*, semiologia, din contră, operează un fel de secţiune longitudinală care interesează sistemul dinamic al organizării permanente a Eului. Această semiologie, cea mai profundă, dealtfel, nu este în mod evident posibilă decât în măsura în care tulburările vieţii psihice actuale sunt nule sau puţin manifeste; acest lucru se întâmplă mai ales în bolile cronice (alienări din deliruri cronice şi schizofrenii sau existenţa conflictuală a Eului nevrotic)" (H. Ey et al. 1967: 85-86).

- „Examenul clinic în Psihiatrie, ca de altfel şi în restul medicinii, vizează stabilirea unui diagnostic prin: 1) *notarea precisă a semnelor* şi 2) prin *bilanţul complet al simptomelor* raportate la *ansamblul situaţiei subiectului*. Totuşi el diferă de alte examene clinice prin două caractere care constituie o originalitate fundamentală: a) elaborarea diagnosticului nu este separabilă de intrarea în contact terapeutic. Putem spune că diagnosticul, prognosticul şi angajarea terapiei sunt prinse într-o singură mişcare; b) corelativ, examenul psihiatric, impune interferenţa atitudinilor *obiective* şi *subiective* în conduita medicului. Acest examen nu poate fi limitat la interogatoriul şi observaţia pacientului în situaţia de obiect. El reprezintă, mai mult decât oricare altul, o 'întâlnire', ce utilizează 'RELAŢIA MEDIC-PACIENT'de care se vorbeşte mult astăzi, într-o manieră sistematică şi elaborată. Rezultă din această abordare pe două căi, anumite consecinţe pe care vom încerca să le schematizăm" (H. Ey et al. 1967: 83).
- *Principiul dublei patogenii* (negativă şi pozitivă), 'cheia de boltă' a patologiei mintale, aşa cum îl denumeşte Henri Ey (cf. H. Ey 1975: 199) explică faptul că *disoluţia* trebuie să fie dublă (*principiul dublei disoluţii*) (cf. H. Ey 1975: 103): „1) procesul reduce capacităţile funcţionale nervoase care asigură exerciţiul integral al gândirii; *el diminuă activitatea psihică*; 2) procesul reduce personalitatea la un mod de reacţie global inferior; *el deformează personalitatea*" (ibidem); Prin urmare, disoluţia produce: 1) o *regresiune capacitară*; 2) o *involuţie a personalităţii* către un nivel inferior iar analiza semiologică trebuie să urmeze acestă dublă pistă: sincron şi diacron.
- Relaţia dintre *simptom* şi *semn* este abordată, generic, în *Naisssance de la Médecine(1981)*. Se referă de fapt la obiectivarea simptomelor ca urmare a trecerii acestora prin conştiinţa medicului. În *Manuel de Psychiatrie* (1967), am văzut mai sus, se revine asupra acestei teme, arătându-se că, examenul clinic psihiatric nu poate fi în întregime nici obiectiv, nici subiectiv (H. Ey et al. 1967: 79, 83). Este vorba de *întâlnire*, de *interpenetrare* a două subiectivităţi, ceea ce duce la obiectivitate. Pentru aceasta, examenul clinic trebuie să fie: prelungit, repetat, *tête à tête* (medicul singur cu pacientul) (cf. H. Ey et al. 1967: 83). Interesant de remarcat că, dacă prima mişcare a abordării clinice este denumită '*mişcarea de investigaţie'* şi are scopul de *a obiectiva semnele bolii*, cea de a doua mişcare este denumită '*mişcarea de întâlnire comprehensivă*' şi are ca scop (subiectiv, de data aceasta) înţelegerea pacientului, aprecierea, în maniera jaspersiană şi diltheyană, a *'comprehensibilităţii'* experienţei şi existenţei bolnavului psihic. Asupra acestei

componente a diagnosticului clinic psihiatric, Henri Ey insistă şi în textul său din *Die Psychiatrie Der Gegenwart* (1963). Pentru Ey, după cum bine ştim, Psihiatria este atât o ştiinţă naturală, cât şi una umanistă, de aceea sunt relevante ambele obiective, caracteristice, celor două tipuri de ştiinţă: explicaţia şi comprehensiunea. Comprehensibil este, pe de o parte, comportamentul şi trăirea omului normal, însă, pe de altă parte şi cele ale omului bolnav psihic, până la un moment când ele devin incomprehensibile. Ey explică faptul că aici este atins un prag dincolo de care numai explicaţia ne mai poate ajuta să înţelegem cazul: „…un bolnav mintal nu este susceptibil (fără *un rest* care contribuie tocmai la definirea sa) de o *analiză comprehensivă* prin motivaţia psihologică. Analiza cade în mod necesar în domeniul *explicaţiilor din ştiinţele naturii* în măsura în care trăirea sa, dinamismul său structural şi evoluţia sa depind de un proces. Acest proces, numit şi 'proces la persoana a 3-a', căci este un *lucru* care limitează, alterează şi alienează libertatea relaţiilor intersubiective, este un obiect al ştiinţelor naturii, este 'zidul biologiei' aşa cum îl numea Freud" (H. Ey 1963: 750).

- Amintim aici şi faptul că *boala psihică* însăşi este definită în *Die Psychiatrie Der Gegenwart* (1963) prin două trăsături fundamentale: ruperea contactului cu realitatea şi ruperea comunicării cu ceilalţi şi a *relaţiilor de comprehensiune* (H. Ey 1963: 735); este implicat aici şi raportul dintre raţional şi iraţional. Ceea ce este raţional[208] este comprehensibil. Deci omul în măsura în care este *rezonabil* (*l'être raisonnable* al lui Ey) este comprehensibil în actele şi trăirile sale. Trăirile şi comportamentele sale devin *patologice* în măsura în care nu mai pot fi înţelese, însă Ey ne atrage atenţia că numai medicul este cel care poate, în urma lungilor sale întâlniri clinice, să evalueze normativitatea şi raţionalitatea stărilor şi a comportamentelor unei persoane. El este 'expertul' pe care cultura noastră l-a însărcinat să decidă dacă un comportament sau nişte 'producţii' incomprehensibile sunt sau nu patologice. Se leagă de aceste observaţii şi preocuparea lui Henri Ey cu *arta suprarealistă*, incomprehensibilă pentru mulţi oameni aşa-zişi normali, fără a fi *ipso facto*, patologică.
- Nu este recomandată *compararea punct cu punct a* ***simptomelor*** *cu cutare sau cutare nivel sau funcţie psihică normală*. Aici notăm că poate fi implicată respingerea dogmei sec. al XIX-lea cu privire la raportul dintre normal şi patologic, care spune că simptomele reprezintă doar devieri cantitative de la starea normală. Ştim prea bine că Henri Ey îşi precizează clar poziţia în acest sens, ori de câte ori are ocazia, arătând că simptomele reprezintă atât devieri cantitative, cât mai ales devieri calitative de la normal. Accentul cade pe alterările calitative ale vieţii psihice. Pe de altă parte, disoluţia nu este inversul exact al evoluţiei psihice (aşa cum, uneori, în mod eronat susţine însuşi Ey!) ci fiecare nivel de disoluţie are un caracter 'original'.

[208] A se vedea întreaga discuţie despre raportul raţional vs. iraţional în *Anormalii* (2003) lui M. Foucault.

Se recomandă, în schimb, înlocuirea **simptomului izolat** cu conceptul de **structură** (cf. H. Ey 1975: 162). Încercând să depăşească limitele psihiatriei mecaniciste, *tradiția dinamistă* din psihiatria franceză, de la care se asumă şi Henri Ey, împreună cu maestrul său Henri Claude (cf. op. cit. p. 143) pune un accent mult mai mare pe *ansamblul tulburărilor* decât pe *simptomele* luate separat. Se urmăreşte, la fel ca de fiecare dată, stabilirea unei ordini şi a unei unități în cadrul *tablourilor clinice*, ordine şi unitate pe care semiologia atomistă pulverizată a organo-mecanicismului, le pierduse (cf. *Études* vol. I, p. 56). Prin urmare, deşi nu este negată importanța identificării precise a simptomelor, a descrierii lor corecte şi a analizei nuanțate, accentul nu mai cade pe simptom, ca în cadrul *analizei semiologice*, ci pe *structurile psihopatologice* şi pe evoluția acestora. Iată câteva fragmente din Monografia (1975: 159, 143) unde este abordat acest subiect: „Considerarea unui simptom, izolat, în mod artificial, de restul psihicului căruia îi aparține nu poate conduce decât la incoerențe şi imprecizii. Din acest punct de vedere, toate discuțiile din 'manuale' cu privire la diferența între iluzie şi halucinație, între idee falsă şi idee delirantă, între obsesie şi delir, fabulație şi false amintiri etc., sunt insolubile, întrucât comparația punct cu punct conduce la constatarea decepționantă că, …distincția este imposibilă, de îndată ce încercăm s-o sesizăm. Tot ceea ce contează este ansamblul semnelor care reprezintă tabloul clinic. Ori acest tablou clinic este constituit, după doctrina jacksoniană, concepția lui Bleuler şi mai ales după observația faptelor, din ceea ce persistă din activitatea psihică, din ansamblul reacțiilor psihice față de disoluțiile funcționale superioare. Altfel spus, tabloul clinic reprezintă un nivel de disoluție. Acest nivel are structura sa proprie. Dar o astfel de 'structură' nu se instalează dintr-o dată, ca o piatră într-un pavaj. Ea are o evoluție. Tocmai ansamblul stadiilor de disoluție şi re-evoluție este cel care constituie observația clinică" (H. Ey 1975: 159). Această *structură proprie* (noțiune care ar trebui să înlocuiască, atât la noi cât şi în străinătate, pe cea de *simptom izolat*) este obiect de analiză structurală a psihozelor, analiză pe care marii noştri predecesori (Delasiauve, Falret, Cotard, Magnan, Séglas) au practicat-o cu măiestrie" (H. Ey 1975: 143).

La pagina 159 această recomandare este legată de renunțarea la *concepția statică* din psihiatria mecanicistă care „îşi reprezintă simptomele ca semne izolate create direct de către boală, care este însăşi suma acestor simptome şi nimic altceva. Ori: 1) trebuie înlocuită noțiunea de *simptom* particular cu noțiunea de *structură patologică*; 2) trebuie considerat ca *boală* doar *procesul* de care depinde indirect simptomatologia, simptomatologie care nu reprezintă şi nu poate reprezenta decât un *nivel* mai mult sau mai puțin constant de disoluție" (H. Ey 1975: 159).

Ce aduce nou în studiul clinic al bolilor psihice această substituție a simptomului cu structura pshopatică? Iată ce spune Henri Ey în Monografia din 1975: „E timpul într-adevăr să scăpăm de semiologia zisă clasică, ce sterilizează toate analizele şi toate eforturile şi care duce studiile psihiatrice în impas. Este un adevăr acela că *semiologia 'atomistă'* angajează problemele patogenice şi nosografice pe căi fără ieşire. În loc de a se face o regulă …din necesitatea de a

examina minuţios mişcarea constructivă sau distructivă, re-evolutivă sau involutivă care se face zi de zi la un bolnav dat, a devenit mult prea facil ca, pornind de la noțiunile semiologice esențialmente statice (elemente ale unei 'construcții', prezența unor corpi străini halucinatori, indiferența afectivă totală, perversiune instinctivă descrisă odată pentru totdeauna) să se înregistreze pasiv trăsături izolate al căror caracter imuabil face inutilă orice analiză ulterioară, orice efort şi uneori, orice responsabilitate. A devenit de asemenea, ca un fel de fatalitate stabilirea 'simptomelor de bază' atât de 'adecvate pentru a asigura repausul' (Lacan) entităților statice solide, fixe şi imuabile, pe care ulterior se fac toate eforturile din lume pentru a le identifica în realitate. (Este o psihoză pe bază de halucinații sau de interpretări?)" (H. Ey 1975: 161).

Cum se va realiza practic, *analiza structurală* la fiecare nivel de disoluție ? La această întrebare vom afla un răspuns în cadrul *Étude nr. 27*, unde Henri Ey subliniază *principiul* fundamental al clinicii organo-dinamice: *principiul ordinii evoluției şi al ordinii disoluției* şi *corolarul* acestuia - *structura negativă şi structura pozitivă a fiecărui nivel de destructurare* (H. Ey 1954: 750). În opinia lui Henri Ey „analiza structurală a tulburărilor *negative* şi *pozitive* a fiecărui nivel nu se prezintă…ca o schemă artificială. Ceea ce la fiecare etapă nouă a destructurării reprezintă structura negativă proprie acestui nivel, se adaugă nivelului precedent şi ceea ce reprezintă aici structura pozitivă se retrage din nivelul superior, astfel încât, conform cu această lege [Nota lui H. Ey : lege pe care am putea-o numi : *legea ordinii de destructurare*] trăirile care constituie tablourile clinice se prezintă într-o *ordine de descompunere* care este inversa evoluției conştiinței în dezvoltarea psihică şi chiar în cea care merge de la gândirea vigilă la gândirea din vis" (H. Ey 1954: 750).

Scopul principal al *analizei structurale* este acela de „a sesiza în totalitatea sa rețeaua de relații directe sau indirecte, superficiale şi profunde care leagă simptomele de forma de existență patologică în dezorganizarea ființei" (H. Ey 1955, 37005 A[30]).

Ceea ce mai trebuie reținut, de asemenea, este faptul că „*structura* depinde de faza de evoluție psihică la care poate accede activitatea superioară a ființei (conştiința şi sinteza personalității). Ea se caracterizează prin pierderea formelor superioare de organizare a sintezei operațiilor de integrare a celor ce necesită maxima 'tensiune psihologică'" (H. Ey *Neurologie et psychiatrie* 1998: 120). Prin urmare, în cadrul *analizei structurale* trebuie să ținem totdeauna cont de nivelul maxim atins în procesul de dezvoltare psihică de către persoana în cauză (în speță, pacientul), în raport cu acest nivel apreciindu-se gravitatea procesului de destructurare. De aceea organo-dinamismul recomandă ca mai înainte, să se facă o evaluare a maturității psihice şi un inventar al structurilor psihice la fiecare pacient în parte, pentru a aprecia nivelul maxim atins în timpul ontogenezei psihice, atât în ceea ce priveşte ierarhia structurilor conştiinței, cât şi ierarhia structurilor personalității.

ANALIZA ETIO-PATOGENICĂ

Raportându-se critic la metodele de analiză propuse de fenomenologie, Henri Ey atrage atenția asupra riscurilor pe care le are de înfruntat psihiatrul clinician care uită că, dincolo de planul clinic, semiologic, mai există un al doilea plan, cel etio-patogenic, care nu trebuie scăpat din vedere. Iată comentariul lui Ey:
„Este uşor de prevăzut că, o atare atitudine, atât de bogată din punct de vedere psihologic, comportă riscuri din punct de vedere al patologiei totale a bolnavului, întrucât ea se confruntă cu pericolul de a se rătăci într-un labirint de relații, neglijându-le pe cele ale determinismului bolii. Aceste analize, însă, atunci când sunt bine conduse, nu cedează unui astfel de pericol, fiind cu atât mai interesant de a nota că, departe de a separa fenomenele patologice (obiect al analizei existențiale sau a celei fenomenologice) de condiționarea lor somatică, analizele fenomenologice, dimpotrivă, trimit la acestea din urmă şi le pregătesc. În acest mod, [putem spune că] nenumărate lucrări de analiză structurală sau funcțională (şcoala de la Heidelberg) sunt derivate din această metodă şi că, din ce în ce mai mult, analizele clinice aprofundate caută aspectele care unesc tabloul clinic cu procesul cerebral într-o analiză fenomenologică pe cât de exhaustivă posibil” (H. Ey 1955)

Regăsim aici, ne spune Ey, un stil de observație şi de analiză care se dezvoltă din ce în ce mai mult (ibidem). Este maniera în care, o clinică organo-dinamică recomandă, de fapt, analiza fiecărui tablou clinic în parte. O analiză care reuneşte dimensiunea semiologică, psihanalitică, fenomenologic-existențială şi etio-patogenică.

ANALIZA SEMIOLOGICĂ DE TIP PSIHANALITIC

În textul din volumul *Die Psychiatrie der Gegenwart* sub titlul ‘*Necesitatea unei semiologii a profunzimilor*’, găsim următorul fragment:
„Această poziție teoretică (*organo-dinamismul* – n.n. VT) permite integrarea ‘*Tiefenpsychologie*’-ei şi în special a descoperirilor lui Freud şi a şcolii psihanalitice, în studiul clinic pe care acestea îl orientează de asemenea, în sensul penetrării şi descifrării simbolurilor trăite şi gândite de omul ce devine prizonierul fantasmelor sale. Dar concepția noastră (*organo-dinamismul* – n.n. VT) evită căderea în excesul unei hermeneutici ‘cu orice preț’, altfel spus, ea realizează un punct de echilibru între formă şi conținut, între negativ şi pozitiv, ceea ce reprezintă tocmai locul de articulație dintre Psihanaliză şi Psihiatrie, precum şi al celui dintre analiza existențială şi analiza clinică”(H. Ey 1963: 758).
Manifestându-şi nemulțumirea cu privire la faptul că, în general, psihiatrii arată o lipsă de curiozitate față de tehnica de analiză, Henri Ey spune că aceasta „este totuşi singura modalitate de a-ți face o opinie asupra valorii psihanalizei. Această tehnică, va arăta el în continuare, „este simplă, mai ales în cazurile de delir, unde viața inconştientă este, ca să zicem aşa, „la suprafața pielii”, unde materialul psihanalitic este şi mai abundent şi mai accesibil decât în vise. Acesta ni se pare un exercițiu uşor de realizat pentru orice psihiatru. Noi înşine am obținut cele mai mari beneficii din câteva analize pe care le-am continuat timp de mai multe luni. Mediul azilar, prin defensele sale naturale şi prin situația morală a medicului, permite de altfel să

fie evitate inconvenientele curei libere (reacții anxioase, neregularități, dezinteres) şi facilitează mult procesul de transfer. Noi credem că o mică experiență de acest gen ar evita prea multele discuții despre psihanaliză, făcute pur şi simplu după ureche şi de asemenea, ar permite o cunoaştere mult mai aprofundată a psihopatologiei delirului" (H. Ey *Étude nr. 6*, 1952: 136).

În ceea ce priveşte tehnica psihanalitică propriu-zisă, deşi privită în general ca formă de terapie, reprezintă o modalitate de acces la structurile inconştiente ale psihicului, deci este, de fapt, o tehnică de cunoaştere clinică, alături de alte forme de cunoaştere.

Două sunt textele cele mai importante în care Henri Ey descrie principiile metodei psihanalitice şi tehnicile componente ale acesteia. Este vorba de studiul *Réflexions sur la valeur scientifique et morale de la Psychanalyse* (*L'Encéphale*, 1939, I, no. 4) şi *Étude nr. 6* (din *Études pyichiatriques*, vol. I).

Analiza, spune Henri Ey, se bazează pe trei tehnici inseparabile, însă de importanță inegală. Este vorba de *metoda asocierilor de cuvinte, metoda analizei viselor (onirocritica) şi metoda asociației libere* (H. Ey 1952 : 129).

Fişa dedicată analizelor şi interpretărilor psihanalitice ale foii de observație clinice de tip organo-dinamic, va trebui, prin urmare, să conțină şi această componentă, a fazelor de dezvoltare a psihismului şi lectura pshodinamică a acestor faze ale biografiei individului. Istoria copilăriei, în cadrul concepției organo-dinamice, este elaborată pornind de la un cadru teoretic ce sintetizează *teoria freudiană* şi *psihologia genetică* a lui Piaget (vezi H. Ey et al. 1967). Alte şcoli de gândire recomandă ca istoria copilăriei să fie ordonată în raport cu viziunea *psihologiei dezvoltării* (developmental psychology). Acesta este şi cazul foii de observație propuse de Harold Kaplan şi Benjamin Sadock[209].

ANALIZA FENOMENOLOGIC-EXISTENȚIALĂ

Ştim deja, din lucrarea *Naisssance de la Médecine (1981)* că *obiectivarea bolii* începe în *conştiința bolnavului*. Însă, în cazul bolii psihice acest proces de obiectivare devine problematic, întrucât bolnavul nu are totdeauna conştiința bolii sale.

Demersul fenomenologic are însă drept scop descoperirea şi determinarea esenței obiective a bolilor mintale (cf. H. Ey 1963: 739) care este definitorie atât pentru conceptul general de boală, cât şi pentru diferitele sale specii. A obiectiva boala, înseamnă a proba realitatea acesteia (H. Ey 1963: 738). Esența bolii nu constă însă în condiția sa biologică, adică în realitatea obiectivă a fundamentului său organic (cf. H. Ey 1963: 738) ci, tocmai lăsând de o parte factorii etio-patogenici, printr-o *analiză fenomenologică* ce completează *metoda clinică*, se poate ajunge la *'lucrurile însele'* aşa cum recomanda Edmund Husserl. Aceasta implică aplicarea *metodei fenomenologice* având drept scop sesizarea fenomenelor vieții psihice ale bolnavului în esența lor şi nu traversând conştiința acestuia în căutarea unei realități mai profunde (e. g. leziunea). În *Die Psychiatrie Der Gegenwart*, Henri Ey îşi pune

[209] A se vedea cap. 9 *"Diagnosis and Psychiatry: Examination of the psychiatric patient"* ediția din 1990, avându-i ca autori pe R. L. Leon, Ch. L. Bowden şi R. A. Faber, la pag. 451 "*Outline for history*".

următoarea problemă: cum se prezintă boala mintală în conştiinţa şi existenţa subiectului? La început el precizează că:

„Nu va fi vorba doar, la fel ca în cazul unui cancer sau a unei sciatici, de a nota că subiectul 'nu simte' tumora sau că, din contră prezintă dureri, adică nu este vorba de a ne întreba care este valoarea diagnostică a simptomului, în conştiinţa medicului, în raport cu leziunea. Este vorba, înainte de toate, de a sesiza *valoarea de realitate a bolii pentru bolnavul însuşi.* Altfel spus, noi suntem de la început determinaţi să atribuim angoasei, delirului, obsesiilor sau bizareriilor de conduită ce compun tabloul clinic, o poziţie în raport cu subiectul, deoarece, în ultimă analiză, aceste tulburări se definesc tocmai raportându-le la judecata sa, la controlul său şi la motivaţiile sale. Aceasta revine la a spune că suntem aici la antipodul Patologiei externe sau al Patologiei veterinare şi în *centrul antropologic* al patologiei. Bolnavii noştri mintali prezintă tocmai boli mintale care se difinesc în mare parte prin *falsa realitate* pe care le-o atribuie sau le-o refuză bolnavul" (H. Ey 1963: 739).

Mai departe, Ey analizează tipurile de conştiinţă a bolii pe care le pot prezenta pacienţii psihici. Ceea ce merită subliniat aici este faptul că, simptomele bolii nu sunt reduse doar la modalitatea lor subiectivă de existenţă ci sunt considerate ca având un sens ce trebuie aflat. Aceasta *căutare a sensului* experienţelor trăite de bolnav se leagă strâns şi cu problema *comprehensiunii,* care are o mare importanţă în psihiatria fenomenologică. „Tabloul clinic nu este compus dintr-un mozaic întâmplător de simptome lipsite de semnificaţie, ci reprezintă încă, o structură intenţională şi semnificativă" (H. Ey 1963: 753).

În ceea ce priveşte analiza existenţială, ca metodă, alături de celelalte metode recomandate de clinica organo-dinamică, Henri Ey spune, în studiul său despre *manie* (*Étude nr. 21*), următoarele: „metoda folosită aici constă în a face să conveargă asupra fugii de idei maniace, diverse perspective: cea a ştiinţelor naturii, cea a patologiei, şi cea a antropologiei. Nodul metodologic al acestei sinteze este constituit de ideea fundamentală de *existenţialitate*. De aceea *metoda* noastră este esenţialmente cea a unei *antropologii existenţiale*, care îşi propune ca sarcină să descopere posibilităţile facticităţii existenţei. În această privinţă, fuga de idei este obiectul unei judecăţi, sau mai general, al analizelor pihologice morale şi diagnostice. În măsura în care o atare metodă se îndepărtează de metoda clinică propriu-zisă, ea pune în evidenţă, în fuga de idei, o anumită manieră-de-a-fi-în-lume, a cărei structură existenţială corespunde acestei forme de existenţă pe care Haberlin a numit-o „viaţă estetică", şi care trebuie luată aici ca o structură globală a Fiinţei" (H. Ey *Étude* No. 21, p. 84).

Această metodă de analiză existenţială îşi găseşte justificarea în practica curentă a psihiatrului organo-dinamist, pentru care următoarele cuvinte ale lui Henri Ey reprezintă un adevăr fundamental: „dacă *Antropologia existenţială* acoperă câmpul *Psihiatriei*, aceasta, fără a înceta să pretindă a fi considerată ca o ştiinţă a omului, nu poate înceta să fie o ştiinţă antropologică a omului bolnav. Toate analizele lui L. Binswanger, Kuhn şi de asemenea, ale lui A. de Waelhens, cele care se referă la Honigswald, P. Haberlin, W. Szilazi, J. Lacan sau la H. Maldiney, toate vizează – chiar şi atunci când cred că nu o vizează – o *tulburare fundamentală* : metamorfozele prezenţei – ruptura schimburilor şi a simţurilor – confuzia

simbolicului şi a imaginarului, etc. Astfel încât, pentru noi, pretenția adesea proclamată de către aceşti fenomenologi şi antropologi de a repudia orice recurs „naturalist" la ideea de proces, nu este decât o iluzie" (H. Ey 1973 : 1251).

ANALIZA ANTROPOLOGICĂ CULTURALĂ

Deşi nu este la fel de vizibilă ca şi celelalte forme de analiză şi interpretare a datelor clinice culese de la pacient, ***abordarea antropologică de tip socio-cultural*** este la fel de importantă pentru clinica organo-dinamică. Henri Ey însuşi face referire la câteva aspecte de o importanță capitală pentru înțelegerea corectă a pacientului şi a experiențelor de boală prin care acesta trece. Putem spune că, în clinica organo-dinamică, sunt recomandate mai multe tipuri de ***diagnostic diferențial cultural***, rezultat al unor analize şi al unor interpretări subtile ale datelor provenite de la pacient, de la membrii rețelei sale sociale precum şi din literatura de specialitate antropologică:

•Dg. diferențial al ***modificărilor de caracter*** datorate bolii cu modificările normale ale caracterului, având sursa în istoria individuală şi culturală a persoanei (H. Ey, 1983).

•Dg. diferențial al ***deviațiilor comportamentale*** non-patologice (devianțe în raport cu normele grupului cultural) cu forme de comportament non-normative, patologice (e. g. *Étude nr. 13*, p. 336).

•Dg. diferențial al ***halucinațiilor*** cu iluziile cultural împărtăşite (H. Ey, 1973).

•Dg. diferențial al ***credințelor delirante*** cu credințele cultural împărtăşite (H. Ey, 1973).

•Dg. diferențial al ***producțiilor minții pacienților*** - de ex. artă supra-realistă, non-patologică şi artă psihopatologică (H. Ey, 1963).

Se poate spune deci, că în clinica organo-dinamică se întâlnesc mai multe niveluri de abordare a tabloului clinic, ceea ce oferă o perspectivă multidimensională asupra bolii psihice înseşi, în manifestările sale concrete:

I. *clinică* ⟶ *diagnostic clinic (pozitiv, diferențial);*
II. *psiho-dinamică;*
III. *fenomenologic-existențială;*
IV. *structurală* ⟶ *diagnostic structural;*
V. *etio-patogenică* ⟶ *diagnostic patogenic, diagnostic etiologic;*
VI. *socio-culturală* ⟶ *diagnostic diferențial cultural;*

Scopurile metodelor de analiză şi interpretare a datelor clinice, pe care le-am amintit mai sus, sunt diferite:

- Metodele I, IV, V, VI au ca scop stabilirea diagnosticului;
- Metodele II, III, VI au ca scop înțelegerea pacientului şi a simptomelor bolii în contextul existenței acestuia;
- Metoda VI are drept scop, în plus, o diferențiere a ceea ce ține de domeniul patologic față de ceea ce ține de domeniul cultural.

CAPITOLUL 7
CONCLUZII

După efortul de reconstrucție rațională a *concepției teoretice* elaborate de Henri Ey şi de asemenea, a *concepției clinice* care derivă din aceasta, am reuşit să punem în evidență, în mod clar şi distinct, mai multe aspecte pe care le vom grupa în felul următor:

A. bazele filosofice ale concepției teoretice propuse de Henri Ey
B. bazele antropologice ale concepției teoretice propuse de Henri Ey
C. teoriile componente ale concepției teoretice propuse de Henri Ey
D. structura clinicii organo-dinamice

În ceea ce priveşte ***bazele filosofice***, au fost examinate şi formulate explicit, fundamentele ontologice şi epistemologice ale concepției teoretice, extrem de complexe elaborate de Henri Ey. A fost astfel pusă în evidență concepția realistă şi naturalistă cu privire la natura realității, de asemenea, structura ierarhică şi stratificată proprie acestei concepții ontologice pluraliste. Concepția pluralistă şi ierarhică a ontologiei umanului a fost pusă în relație cu concepția ontologică despre natura psihicului, cu problema minte-corp şi cu problema situării psihicului în raporturile sale cu corpul fizic. De asemenea, modelul ontologic pluralist şi ierarhizat al naturii omului, a fost pus în relație cu concepția lui Henri Ey despre natura bolii şi mai ales, cu natura bolii mintale.

Din punct de vedere epistemologic, au fost examinate sistematic direcțiile de cercetare epistemologică către care Henri Ey şi-a îndreptat eforturile pe parcursul carierei sale. Este vorba de cercetările de tip „ştiința ştiinței" care au avut ca obiect istoria epistemologică a medicinii şi respectiv a ştiinței psihiatrice, alături de cercetările de tip metaştiințific, ce au avut ca obiect ştiințificitatea psihiatriei, natura ştiinței psihiatrice, problema demarcației între ştiință şi non-ştiință sau problema complexă a raporturilor psihiatriei cu alte discipline medicale sau non-medicale. În acest context, o importanță cu totul aparte, pentru cercetarea pe care am realizat-o în această lucrare, o au analizele cu privire la obiectul psihiatriei şi a raporturilor dintre acesta şi obiectele medicinii somatice, neurologiei, psihologiei, sau ştiințelor sociale (sociologie şi antropologie). O altă direcție în care s-a îndreptat analiza noastră cu privire la demersurile epistemologice ale lui Henri Ey, este reprezentată de cercetarea fenomenologică a fundamentelor psihiatriei. Sunt puse astfel în relație, proiectul organo-dinamic de sinteză a întregii psihiatrii, concepția despre psihiatrie ca „ştiință eidetică", esența fenomenologică a faptului psihopatologic şi tezele concepției organo-dinamice.

În ceea ce priveşte ***bazele antropologice,*** cercetarea lui Henri Ey se dezvoltă pe două direcții şi anume, în spațiul *antropologiei filosofice* de tip existențialist, dar şi în spațiul *antropologiei ştiințifice*. Se ajunge la o concepție care pune accentul pe individul uman privit ca persoană, în înțelegerea căreia au un rol extrem de important conceptele de organizare ierarhică, de auto-construcție şi de normativitate. Ceea ce noi am dorit să scoatem în evidență, poate fi rezumat astfel: concepția antropologică pe care Henri Ey o adoptă, are consecințe importante asupra

modalităţii în care este înţeles *pacientul* în organo-dinamism şi de asemenea, asupra structurii *foii de observaţie clinice* proprii acestei orientări teoretice.

În ceea ce priveşte ***teoriile componente ale concepţiei teoretice*** propuse de Henri Ey, analiza sistematică şi comprehensivă pe care am întreprins-o, a pus în evidenţă mai multe niveluri, situate în câmpuri disciplinare diferite. Este vorba de construcţii extrem de elaborate, pe care noi le-am ordonat astfel: ***teoria psihologică*** şi ***teoria psihiatrică***. La rândul lor, aceste mari teorii au în componenţă teorii mai mici, întrucât în efortul său aproape obsesiv de a nu lăsa deoparte nici un amănunt, Henri Ey re-defineşte şi teoretizează fiecare element al marilor teorii din structura concepţiei sale sintetice. De exemplu, *teoria psihiatrică* începe prin re-definirea conceptului de boală mintală, continuând apoi cu teoriile despre simptom, sindrom, structură psihopatologică, teoriile despre etiologie şi patogenie, despre diagnostic, prognostic şi terapie în organo-dinamism. *Teoria psihologică* re-defineşte domeniul disciplinar şi obiectul ştiinţei psihologice, propune o teorie despre structura psihică, precum şi despre dimensiunile sincronă şi diacronă ale corpului psihic, ori despre topica şi dinamica acestuia.

În ceea ce priveşte ***structura clinicii organo-dinamice,*** analizele pe care noi le-am întreprins, pornind de la textele lui Henri Ey, pun în evidenţă, în primul rând, componentele fundamentale ale acesteia: *profesioniştii în sănătate implicaţi, pacientul* şi *dosarul clinic*. În al doilea rând, organizează clinica pe două axe:

- **axa cognitivă** (i. e. cunoaşterea psihiatrică clinică) cu *obiectivele* sale: descriere, comprehensiune / explicaţie, predicţie şi cu *etapele* sale: culegerea de date, analiza şi interpretarea datelor clinice şi paraclinice.
- **axa practică** (i. e. terapie, îngrijire şi asistenţă acordate pacientului psihic) cu *obiectivele* sale: vindecare / ameliorare, creşterea calităţii vieţii, reintegrarea socială şi cu *mijloacele* sale: farmacoterapie, psihoterapie.

Dacă privim mai în profunzime, ne dăm seama că: *organo-dinamismul* nu trebuie înţeles ca o teorie psihiatrică printre altele. Ca sinteză teoretică, ea reprezintă mult mai mult decât atât, fiind, aşa cum arată însuşi creatorul său, o concepţie globală a întregii Psihiatrii, concepţie care articulează un mare număr de teorii, aflate la niveluri ontologice diferite şi la niveluri de generalitate diferite.

În primul rând, *organo-dinamismul* delimitează obiectul propriu al Psihiatriei, îl diferenţiază de obiectele disciplinelor medicale şi extra-medicale învecinate, stabileşte limitele disciplinei, organizează sub formă de teze principalele enunţuri teoretice pe care le consideră adevărate, stabileşte principiile metodologice care guvernează metodele şi tehnicile de cunoaştere adecvate obiectului psihiatriei, stabileşte tipurile de obiectivitate pe care le poate pretinde / atinge cunoaşterea clinică psihiatrică.

În al doilea rând, aşa cum arăta recent Georges Lantéri-Laura (2003) *organo-dinamismul* face parte din ultima mare „paradigmă” din istoria Psihatriei, efortul său de sinteză nefiind încă depăşit de vreo altă concepţie teoretică. G. Lantéri-Laura este de părere că, după anul 1977 (anul morţii lui Henri Ey!), nu a mai apărut nici o mare concepţie unitară în Psihiatrie, aceasta începând să fie dominată de DSM-ul american care, prin însuşi „ateorismul” său auto-proclamat, nu a oferit decât un instrument pentru standardizarea observaţiei clinice şi a diagnosticului.

BIBLIOGRAFIE

1. Allport, G. W. 1991. *Structura şi dezvoltarea personalităţii*, traducere şi note de Ioana Herseni, Editura Didactică şi Pedagogică, Bucureşti.
2. American Psychiatric Association (APA). 1999. *Cultural Competence Primary to All Psychiatric Care, Say Experts,* December 17, 1999 Presidential Symposium held October 30 at APA's 1999 *Institute on Psychiatric Services* in New Orleans.
3. American Psychiatric Association (APA). 1994. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, IV-th ed., Washington, DC: American Psychiatric Association.
4. Anderson, R. 1996. *Magic, Science, and Health. The Aims and Achievements of Medical Anthropology*, Harcourt Brace College Publishers, Fort Worth Philadelphia.
5. Auroux, S. 1998. *Connaissance (theorie de la -)*, *Encyclopédie philosophique universelle*, Tome 1 / II.
6. Ayer, A.J. 1954. *Propoziţii de bază*, în M. Flonta et al. 1999, *Teoria cunoaşterii. Teme-Texte-Literatură*, Editura Universităţii din Bucureşti, Bucureşti, pp. 133-139.
7. Azorin, J. M. 1998. *La philosophie et la psychiatrie* în *Encyclopédie Philosophique Uuniverselle,* Tome *Le discours philosophique*, PUF, Paris, pp. 2197-2212.
8. Bariéty, M., Coury, Ch. 1971. *Histoire de la médecine*, collection *Que sais-je?*, PUF, Paris.
9. Barnard, A. 2000. *History and Theory in Anthropology*, Cambridge University Press, Cambridge.
10. Belzeaux, P. 2000. *Présence du négatif: Ey et Green*, versiune html preluată de la http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/ey/presence_negatif.htm la data de 08 10 2002.
11. Belzeaux, P. 2001a. *Chronologie Henri Ey. Études, Événements de vie, Travaux, Colloques, Voyages, Engagements*, versiune html preluată de la http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/textselect/eypal.htm la data de 25 06 2003.
12. Belzeaux, P. 2001b. *Henri Ey à Bonneval*, versiune html preluată de la http://www.ville-bonneval.fr/bonnev/ey-d.htm la data de 24 09 2003.
13. Benjamin, L. S. 1993. *Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders*, New York, Guilford Press, citat în Kirmayer, L., Henningsen, P. 2000. *Mind Beyond the Net: Implications of Cognitive Neuroscience for Cultural Psychiatry. Overview*, Transcultural Psychiatry, Vol. 37 (4): 467-494, p. 484.
14. Bertalanffy, L. Von. 1968. *General System Theory*, G. Braziller, New York.
15. Bichat, X. 1800. *Recherches physiologiques sur la vie et la mort*, Victor Masson et fils., Paris.
16. Binswanger, L. 2000. *Sur la fuite des idées*, traduit de l'allemand par Michel Dupuis, avec la collaboration de Constance van Neuss et Marc Richir

(traduit avec le concours du *Centre National du Livre*), Éditions Jérôme Millon, Grenoble.
17. Blackburn, S. 1999. *Pozitivism logic*, în Oxford. Dicționar de filosofie*,* traducere de Cătălina Iricinschi et al., Editura Univers Enciclopedic, Bucureşti, p.311.
18. Blaikie, N. 2000. *Designing Social Research. The Logic of Anticipation*, Blackwell Publishers Inc., Malden, USA.
19. Boorse, C. 1977. *Health as a Theoretical Concept*, Philosophy of Science, Vol. 44: 542-573.
20. Botezatu, P. 1995. *Discursul metodei. Un itinerar logico-filozofic*, colecția *Ştiință, Limbaj, Cercetare V*, antologie îngrijită de Petru Ioan şi Sorin Pârvu, Editura Junimea Iaşi.
21. Bouchard, G., Braekeleer De, M. 1992. *Pourquoi des maladies héréditaires? Population et génétique au Saguenay-Lac-Saint-Jean*, Les éditions du Septentrion, Québec.
22. Bracken, P. 2001. *Postpsychiatry: a new direction for mental health,* British Medical Journal, March 24, 2001, versiune html preluată de la http://www.findarticles.com la data de 17 09 2002.
23. Breakey, W. (editor). 2001. *Servicii integrate de sănătate mintală. Psihiatrie Comunitară Modernă*, Editura Fundației Pro, Bucureşti.
24. Broussais, Ph. 1828. *De l'irritation et de la folie. Ouvrage dans lequel les rapports du physique et du moral sont établis sur les bases de la médecine physiologique, par F. –J. –V. Broussais,* précédé d'un aperçu sur l'alliénation mentale depuis Pinel jusqu'à Broussais, Librairie Polymathique, Bruxelles.
25. Bunge, M. 1967. *Scientific Research,* Vol. I, II, Springer-Verlag, Berlin Heidelberg, New York.
26. Bunge, M. 1982. *Épistémologie*, traduit de l'Espagnol par Hélène Donadieu, Collection *Recherches Interdiscipinaires*, Maloine S. A. Éditeur, Paris.
27. Bunge, M. 1984. *Ştiință şi filosofie*, studiu introductiv, selecție şi coordonare de Călina Mare, colecția *Idei contemporane*, Editura Politică, Bucureşti.
28. Canguilhem, G. 1943. *Quelques problèmes concernant le normal et le pathologique*, 1e édition, Ed. Clermont-Ferrand, Paris.
29. Canguilhem, G. 1966. *Le normal et le pathologique*, collection *Quadrige*, PUF, Paris.
30. Canguilhem, G. 1989a. *La connaissance de la vie*, 2èmeed., Librairie Philosophique J. Vrin, Paris
31. Canguilhem, G.1989b. *Études d'histoire et de philosophie des sciences*, collection *Problèmes et controverses*, Librairie Philosophique J. Vrin, Paris.
32. Cercle d'Etude Henri Ey de Ste. Anne. 1999. Conférence débat autour du livre du Prof. Georges Lanteri-Laura: „Essai sur les paradigmes de la psychiatrie moderne", Ed. du Temps, Paris, 1998, 286 p., sous la présidence du Dr. Thierry Trémine (Aulnay ss Bois) et Robert-Michel Palem (Perpignan), 27 mars 1999, Centre Hospitalier Ste. Anne, Salle Magnan, Paris.

33. Christoff, D. 1966. *Husserl ou le retour aux choses*. Présentation, choix de textes, bibliographie par Daniel Christoff, collection *Philosophes de tous les temps*, édition revue et corrigée, Éditions Seghers, Lausanne.
34. Clifton, J. 1968. *Introduction to Cultural Anthropology. Essays in the Scope and Methods of the Science of Man*, Houghton Mifflin Company, Boston.
35. Consoli, S., Lacour, M. (coord). 2002. *Place et spécificité de la psychiatrie au sein de la Médecine*, în Le Livre Blanc de la Fédération Française de Psychiatrie, Dernière mise à jour: mercredi 20 mars 2002 13:46:41, par Dr. Jean-Michel Thurin.
36. Constandache, G. G. (editor). 1998. *Cum ne țesem Eul*, colecția Accente, Editura ALL, Bucureşti.
37. Corin, E. 1989. *Vers une réouverture sémiotique et culturelle du diagnostic psychiatrique*, în *La santé mentale comme observable. Regards sur la santé mentale et la folie*, Nimes, Éditions INSERM, Paris, 20-21-22 avril 1989: 455-469.
38. Cotran, R, Kumar, V, Collins, T. 1999. *Robbin's Pathologic Basis of Disease*, sixth edition, W. B. Saunders Company, Philadelphia, *Introduction to pathology*, pp. 1-2.
39. Crépault, J., Nadel, J., Netchine, S., Montagero, J. 1999. *Bases du développement*, Chapitre 3, în Ghiglione, R., Richard, J.-F. 1999. *Cours de psychologie (2). Bases, méthodes, épistémologie*, 3e édition, entièrement revue et augmentée, DUNOD, Paris, pp. 23, 68-72.
40. Currer, C., Stacey, M. 1993. *Concepts of Health and Disease. A Comparative Perspective*, Berg Publishers Limited, Oxford.
41. Dagfal, A. 2002. *La naissance d'une „conduite à la française": de Ribot à Janet*, Évolution Psychiatrique, 67: 591-600.
42. D'Andrade, R. G. 1995. *The development of cognitive anthropology*, Cambridge University Press, Cambridge.
43. Depraz, N. 2001. *À la croisée des chemins: la vision radicale de Henri Ey,* cap. 12 în Depraz, N. *La conscience. Approches croisées: dès classiques aux sciences cognitives*, Collection *Cursus Lettres. Philosophie*, Armand Colin/VUEF, Paris, 2001: 116-122.
44. Devereux, G. 1977. *Essais d'éthnopsychiatrie générale*, 3e edition, Éditions Gallimard, Paris.
45. Devitt, M, Sterelny, K. 2000. *Limbaj şi realitate. O introducere în filosofia limbajului*, traducere şi cuvânt înainte de Radu Dudău, colecția *Collegium*, Editura Polirom, Iaşi.
46. Dorland's *Illustrated* Medical Dictionary, 28th Edition, W. B. Saunders Company, Philadelphia, 1994.
47. Dumitru, M (editor). 1990. *Lecții de filosofie,* Editura Humanitas, Bucureşti.
48. Duyckaerts, F. 1954. *La notion de normal en psychologie clinique,* Ed. Vrin, Paris.
49. Ellen, R. 1998. *Ethnographic Research. A Guide to General Conduct*, Academic Press, London, San Diego, New York.
50. Ellenberger, H. 1955. *Analyse existentielle (Daseinsanalyse)*, în H. Ey (ed) Traité de Psychiatrie, *Éncycopédie Médico-Chirurgicale*, vol III, p. 1, 37815A[10]

51. Enescu, Gh. 1980. *Fundamentele logice ale gîndirii*, Editura ştiinţifică şi enciclopedică, Bucureşti.
52. Epstein A. L. (ed). 1967. *The Craft of Social Anthropology*, Tavistock Publications: London, New York
53. Esquirol, E. 1838. *Des maladies mentales considérées sous le rapports médical, hygiénique et médico-légal*, Tome premier, J. –B. Baillière, Librairie de l'Académie Royale de Médecine, Londres, Lyon.
54. Ey, H. 1939. *Réflexions sur la valeur scientifique et morale de la psychanalyse. À propos de la Thèse de Roland Dalbiez*, L'Encéphale. Journal de Neurologie et de Psychiatrie, No. XXXIV, Année I^er^, Vol. 4, Avril 1939.
55. Ey, H. 1950. *Études Psychiatriques*, vol. II, Paris: Desclée de Brouwer & Cie.
56. Ey, H. 1952. *Études Psychiatriques*, vol. I, 2^e^ édition, Paris: Desclée de Brouwer & Cie.
57. Ey, H. 1954. *Études Psychiatriques*, vol. III, Paris: Desclée de Brouwer & Cie.
58. Ey, H. (ed). 1955. *Traité de Psychiatrie*, Éncyclopédie Médico-Chirurgicale (EMC), Masson, Paris.
59. Ey, H. 1955. *Mouvements doctrinaux de la psychiatrie contemporaine*, în Ey, H.(editor) *Traité de Psychiatrie*, Éncyclopédie Médico-Chirurgicale (EMC), Masson, Paris,1955: 37005 A^{30}.
60. Ey, H. 1955. *Troubles de la conscience*, în Ey, H.(editor) *Traité de Psychiatrie*, Éncyclopédie Médico-Chirurgicale (EMC), Masson, Paris,1955: 37135 A^{10}.
61. Ey, H. 1963. *Ésquisse d'une conception organo-dynamique de la structure, de la nosographie et de l'étiopathogénie des maladies mentales*, în Gruhle, H. W., Jung, R., Mayer-Gross, W., Müller, M. (editori), *Die Psychiatrie der Gegenwart. Farschung une Praxis*. Baud ½. Grundlagen und Methoden der Klinischen Psychiatrie, Springer, Berlin, pp. 720-762.
62. Ey, H. 1966. *Connaissance de l'Inconscient*, în VI^e^ Colloque de Bonneval, *L'Inconscient*, Desclée de Brouwer, Paris, pp. 13-16.
63. Ey, H. 1966. *Le problème de l'Inconscient et la Psychopathologie*, în VI^e^ Colloque de Bonneval, *L'Inconscient*, Desclée de Brouwer, Paris, pp. 257-289.
64. Ey, H., Bernard, P., Brisset, Ch. 1967. *Manuel de Psychiatrie*, Masson et Cie., Paris (prima ediție 1960, a 6-a ediție 1989).
65. Ey, H. 1972. *Henry Ey, objets et limites de la psychiatrie.* Extrait du numéro spécial de L'information psychiatrique, Henri Ey, *Fragments de l'oeuvre militante*, n°48, Janvier 1972.
66. Ey, H. 1973. *Traité des Hallucinations*, Tomes I, II, Masson et C^ie^ Éditeurs, Paris.
67. Ey, H. 1975. *Des Idées de Jackson à un modèle organo-dynamique en psychiatrie*, „Rhadamanthe" Privat, Toulouse.
68. Ey, H 1981. *Naissance de la Médecine*, avant-propos par H. Maurel, Masson, Paris.

69. Ey, H. 1983. *Conştiinţa*, traducere din limba franceză de Dinu Grama (după ediţia a 1-a, PUF 1963), Editura Ştiinţifică şi Enciclopedică, Bucureşti.
70. Ey, H., 1996. *Schizophrénie. Études cliniques et psychopathologiques*, cu o introducere de J. Garrabé, collection *Les Empêcheurs de penser en rond*, Le Plessis-Robinson, Paris.
71. Ey, H. 1998. *Conştiinţa*, ediţia a II-a, traducere din limba franceză de Dinu Grama (după ediţia a 2-a, PUF 1969), Editura Ştiinţifică, Bucureşti.
72. Ey, H. Ajuriaguerra, J. de, Hécaen, H. 1998. *Neurologie et Psychiatrie*, collection *Savoir: Cultures*, Hermann, Éditeurs des Sciences et des Arts, Paris (prima ediţie 1947).
73. Ey, H. 1999. *The psychopathology of Pierre Janet and the dynamic conception of psychiatry* (prima ediţie 1939), în François- Régis Cousin, Jean Garrabé, Denis Morozov (editori) *Anthology of French Language Psychiatric Texts*, Translated by John Crisp, Preface by Norman Sartorius and Driss Moussaoui, collection *Les Empêcheurs de penser en rond*, Institut Synthélabo, Le Plessis Robinson, Paris.
74. Faculté de Médecine Poitiers. 2003. *Examen psychiatrique et médico-psychologique*, Pathologie 1, Module D, versiune pdf, preluată de pe http://findarticles.com la data de 18 10 2003.
75. Falret, J. P. 1864. *Des maladies mentales et des asiles d'aliénés. Leçons cliniques & considérations générales*, avec un plan de l'asile d'Illenau, J. B. Baillière et Fils, Paris.
76. Farina, B., Ceccarelli, M., Giannantonio Di, M. 2005. *Henri Ey's Neojacksonism and the Psychopathology of Disintegrated Mind*, Psychopathology 38: 285-290.
77. Fineltain, L. 2003. *Les manuels de Psychiatrie. La Psychiatrie à la lumière des manuels, précis et traites. La Psychiatrie à la lumière des dictionnaires, glossaire et lexiques,* Bulletin de psychiatrie, N° 13, edition du 1er fevrier 2003.
78. Flonta, M., Stoenescu, C., Ştefanov, Gh. 1999. *Teoria cunoaşterii. Teme-Texte-Literatură*, Editura Universităţii din Bucureşti, Bucureşti.
79. Foucault, M. 1996. *Istoria nebuniei în epoca clasică*, traducere din franceză de Mircea Vasilescu, Editura Humanitas, Bucureşti.
80. Foucault, M. 1996. *Cuvintele şi lucrurile. O arheologie a ştiinţelor umane*, traducere din limba franceză de Bogdan Ghiu şi Mircea Vasilescu, studiu introductiv de Mircea Martin, dosar de Bogdan Ghiu, Editura Univers, Bucureşti.
81. Foucault, M. 1997. *A supraveghea şi a pedepsi. Naşterea închisorii,* traducere din franceză şi note de Bogdan Ghiu, Editura Humanitas, Bucureşti.
82. Foucault, M. 1998. *Naşterea Clinicii*, traducere din limba franceză de Diana Dănişor, Editura Ştiinţifică, Bucureşti.
83. Foucault, M. 1999. *Arheologia cunoaşterii*, colecţia *Filosofia culturii*, traducere, note şi postfaţă de Bogdan Ghiu, Editura Univers, Bucureşti.
84. Foucault, M. 2000. *Boala mentală şi psihologia*, Editura Amarcord, Timişoara.
85. Foucault, M. 2003. *Biopolitică şi medicină socială*, colecţia *Panopticon*, Editura Idea Design & Print, Cluj.

86. Foucault, M. 2003. *Anormalii*. *Cursuri ținute la Collège de France 1974-1975*, traducere de Dan Radu Stănescu, postfață de Bogdan Ghiu, *IDEEA*. *Colecția de Filosofie*, Editura Univers, Bucureşti.
87. Freeman, C., Tyrer, P. 2001. *Metode de cercetare în psihiatrie*. *Ghid pentru începători,* Ediția a II-a, Editura Fundației Pro, Bucureşti.
88. Fulford, W. 2000. *Conceptul de boală*, în *Etica psihiatrică*, ediția a II-a, de S. Bloch, P. Chodoff (editori), Asociația Psihiatrilor Liberi din România, Geneva Initiative on Psychiatry, Bucureşti.
89. Gabrieli, J. D. E. 1998. *Cognitive neuroscience of human memory*, Annual Review of Psychology, versiune html preluată de la http://www.findarticles.com la data de 10 10 2000.
90. Garrabé, J. 1996. *Introduction* à Henri Ey (1996) *Schizophrénie. Études cliniques et psychopathologiques*, collection *Les Empêcheurs de penser en rond*, Le Plessis-Robinson, Paris.
91. Garré, J. B. et al. 2003. *Sémiologie psychiatrique*, http://www.med.univ-angers.fr/discipline/psychiatrie_adulte/doc-dossier/semiologie%20psychiatrique.pdf. accesată în 14 08 2004.
92. Geană, Gh. 1995. *Discovering the whole of humankind. The genesis of anthropology through the Hegelian looking-glass*, în N. Vermeulen, A. Roldan (editori) *Fieldwork and Footnotes. Studies in the history of European anthropology*, Routledge, London, pp. 60-74.
93. Geertz, C. 1973. *The Interpretation of Cultures*, Basic Books, A Division of Harper Collins Publishers, pp. 52-53.
94. Georgescu, Şt. 1978. *Epistemologie*, Editura Didactică şi Pedagogică, Bucureşti.
95. Ghiglione, R., Richard, J.-F. 1999. *Cours de psychologie (2). Bases, méthodes, épistémologie*, 3^e^ édition, entièrement revue et augmentée, DUNOD, Paris.
96. Giromini, Fr. 2003. *Les théories du corps au XX^ème^ siècle: apports de la phénoménologie, constitution du corps propre et du schéma corporel*, cap. 4, pp. 29/76, în Psychomotricité: Les concepts fondamentaux. Eléments théoriques, Première année, 2003-2004, Mise à jour: 6 novembre 2003, Université PARIS-VI Pierre et Marie Curie, Faculté de Médecine Pitié-Salpêtrière.
97. Gligore, V.1977. *Semiologie medicală*, Editura Didactică şi Pedagogică, Bucureşti.
98. Good, B., Kleinman, A. 1985. *Culture and Depression. Studies in the Anthropology and Cross-Cultural Psychiatry of Affect and Disorder*, California University Press, Berkeley.
99. Gorwood, Ph., Dubertreta, C., Hamdania, N. 2002. *Schizophrénie et génétique: concepts et evidences*, Évolution Psychiatrique Vol. 67 (1): 113-121.
100. Graham, G. 1998. *Philosophy of Mind. An Introduction*, Second Edition, Blackwell Publishers Ltd., Oxford, UK, pp. 45-54
101. Griesinger, W. 1865. *Traité des maladies mentales. Pathologie et thérapeutique*, traduit de l'allemand (2^e^ edition) sous les yeux de l'auteur, par le Dr. Doumic, Adrien Delahaye, Librairie-Editeur, Paris.

102. Hardy, P. 2004. *Examen psychiatrique*, în *Cours de Psychiatrie des DCEM3, Programme de l'internat: Introduction générale*, versiune html preluată de la http://www.findarticles.com la data de 15 09 2004.

103. Hartmann, N. 1997. *Vechea şi noua ontologie şi alte scrieri filosofice*, traducere şi note de Alexandru Boboc, *Colecţia de studii şi eseuri*, Editura Paideia, Bucureşti.

104. Heidegger, M. 1988. *Repere pe drumul gîndirii*, traducere şi note introductive de Th. Kleininger şi G. Liiceanu, Editura Politică, Bucureşti.

105. Heidegger, M. 1988. *Scrisoare despre „umanism*" (1946) în *Repere pe drumul gîndirii*, traducere şi note introductive de Th. Kleininger şi G. Liiceanu, Editura Politică, Bucureşti

106. Heidegger, M. 1998. *Timpul imaginii lumii*, traducere din limba germană, studii introductive şi adnotări de Andrei Timotin, colecţia *Cărţilor de seamă*, Editura Paideia, Bucureşti.

107. Heidegger, M. 1999. *Introducere in metafizică,* traducere din germană de Gabriel Liiceanu şi Thomas Kleininger, colecţia *Paradigme*, Editura Humanitas, Bucureşti.

108. Heidegger, M. 2003. *Fiinţă şi Timp,* traducere din germană de Gabriel Liiceanu şi Cătălin Cioabă, Editura Humanitas, Bucureşti.

109. Herman, J. 1998. *Classification*, în *Encyclopédie philosophique universelle*, Tome 1,vol. II, p. 336.

110. Hersch, E. L. 2003. *From Philosophy to Psychopathology. A Phenomenological Model for Psychology, Psychiatry and Psychoanalysis*, University of Toronto Press, Toronto.

111. Hollis, M. 2001. *Introducere în filosofia ştiinţelor sociale*, colecţia *Filosofie*, *25*, traducere din limba engleză de Carmen Dumitrescu, Editura Trei, Bucureşti.

112. Honderich, T. 2001. *Cât de liber eşti? Problema determinismului*, colecţia *Filosofie*, *26,* traducere şi cuvânt înainte de Angela Botez, Editura Trei, Bucureşti.

113. Ionescu, Ş. 1998. *Paisprezece abordări în psihopatologie*, colecţia *Collegium, Psihologie, Ştiinţele educaţiei*, traducere de Bogdan Balan, Editura Polirom, Iaşi.

114. Ingold, T. 1995. *Companion Encyclopedia of Anthropology*, Routledge, London & New York.

115. Jackson, H. H. 1895. *Factors of Insanity* în Selected Writings, II, pp. 411-421, traducere în limba franceză în *Monografie* de Henri Ey şi Julien Rouart, 1938, reeditată în 1975.

116. James, W. 1890. *The Principles of Psychology*, in two volumes, vol. I, Macmillan and Co., London.

117. Jaspers, J. 1963. *General Psychopathology*, Translated from the German 7th Edition by J. Hoenig and Marian W. Hamilton, Manchester University Press, Manchester.

118. Jeannerod, M., Frak, V. 1999. *Mental Imaging of motor activity in humans. Working paper 99-8*, Institut des Sciences Cognitives, Bron, versiune html preluată de la http://www.isc.cnrs.fr/wp/wp99-8.htm la data de 29 09 2003.

119. Kandel, E. 1998. *A New Intellectual Framework for Psychiatry*, Am. J. Psychiatry 155 (1998): 457: 469.
120. Kandel, E. 2002. *Un nouveau cadre conceptuel de travail pour une psychiatrie revisitée ? Introduction à deux articles de E. Kandel* par Jean-Michel Turin, Évolution Psychiatrique, Vol. 67, Issue 1, January-March 2002: 3-11.
121. Kant, I. 1998. *Critica rațiunii pure*, traducere de Nicolae Bagdasar şi Elena Moisuc, Ediția aIII-a, îngrijită de Ilie Pârvu, colecția *Cogito*, Editura IRI, Bucureşti.
122. Keesing, R. 1966. *Cultural Anthropology. The Science of Custom*, Rinehart and Winston, New York: Holt.
123. Kendell, R. E. 1982. *The choice of diagnostic criteria for biological research*, Archives of General Psychiatry, 39: 1334-1339, în Ş. Ionescu *Paisprezece abordări în psihopatologie*, 1998: 29.
124. Kendler, K. 2001. *A Psychiatric Dialogue on the Mind-Body Problem*, Am. J. Psychiatry, 158: 989-1000.
125. Kirmayer, L. Young, A., Robbins, J. M. 1994. *Symptom Attribution in Cultural Perspective*, Can. J. Psychiatry, vol. 39: 584-595.
126. Kirmayer, L. J., Groleau, D., Guzder, J., Blake, C., Jarvis, E. 2003. *Cultural Consultation: A Model of Mental Health Service for Multicultural Societies*, Can. J. Psychiatry, Vol. 48, No. 3, April 2003.
127. Kirmayer, L J. 2004. *Culture, Context and Experience in Psychiatric Diagnosis*, Psychopathology, 534, published online: www. karger.com/psp
128. Kirmayer, L., Stern, L. 2004. *Knowledge Structures in Illness Narratives: Development and Reliability of a Coding Scheme*, Transcultural Psychiatry, Vol. 41 (1): 130-142.
129. Kirmayer, L., Henningsen, P. 2000. *Mind Beyond the Net: Implications of Cognitive Neuroscience for Cultural Psychiatry. Overview*, Transcultural Psychiatry, Vol. 37 (4): 467-494.
130. Kleinman, A. 1978. *Concepts and a Model for the Comparison of Medical Systems as Cultural Systems*, in Caroline Currer si Meg Stacey (1993) *Concepts of Health and Disease. A Comparative Perspective*, Berg Publishers Limited, Oxford.
131. Kleinman, A., Becker, A. 2000. *Anthropology and Psychiatry*, în Sadock, B.J., Sadock, Virginia A. (2000). *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*, ed. a VII-a, versiune pe CD-ROM, Lippincott Williams & Wilkins Philadelphia.
132. Kluckhohn, C., Murray, H. A., Schneider, D. M. 1953. *Personality in nature, society and culture*, citat în Gordon W. Allport 1991: 25
133. Kottak, P. C. 1991. *Anthropology: The Exploration of Human Diversity*, McGraw Hill Inc., New York, London.
134. Kudlien, F. 1967. *Die Beginn des Medizinischen Denkens bei den Griechen von Homer bis Hippokrates*, în H. Ey *Naissance de la Médecine* 1981: 215.
135. Lagache, D. 1955. *Psychologie médicale*, în Henri Ey (ed). 1955. *Traité de Psychiatrie*, Éncyclopédie Médico-Chirurgicale (EMC), Masson, Paris.
136. Lantéri-Laura, G. 1998a. *Essai sur les paradigmes de la psychiatrie moderne*, Ed. Du Temps, Paris.

137. Lantéri-Laura, G. 1998b. *La psychiatrie contemporaine*, în *Encyclopédie Universelle de Philosophie,* vol. III, 1998, Paris, p. 1270.
138. Lantéri-Laura, G. 2003. *Évolution du champ de la psychiatrie moderne : frontières et contenu*, Évolution psychiatrique, No. 68: 27-38.
139. Laplantine, Fr. 2000. *Descrierea etnografică*, traducere de Elisabeta Stănciulescu şi Gina Grosu, prefaţă de Elisabeta Stănciulescu, colecţia *Collegium. Sociologie, antropologie*, Editura Polirom, Iaşi.
140. Latour, B. 1997. *Nous n'avons jamais été modernes. Essai d'anthropologie symétrique*, collection *Sciences humaines et sociales*, La Découverte/Poche, Paris.
141. Lempérière, Th., Deniker, P.1990. *Précis de Psychiatrie clinique de l'adulte*, PUF, Paris.
142. Lenclud, G. 1986. *En être ou ne pas être. L'anthropologie sociale et les sociétes complèxes*, *L'Homme,* 1986: 157.
143. Lenclud, G. 1995. *Le grand partage ou la tentation ethnologique*, în G. Althabe et al. (editori) *Vers une éthnologie du présent*, 1995: 9-37
144. Leon, R. L., Bowden, Ch. L., Faber, R. A. 1990. *Outline for history* în Kaplan&Sadock, (editori) *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, cap. 9 *„Diagnosis and Psychiatry: Examination of the psychiatric patient"* ediția din 1990, pag. 451
145. Lepore, L., Minelli, M. 1997. *Il contributo italiano al Progetto di ricerca internazionale della rete INECOM "Signs, meanings and practices related to mental health*" in AM Rivista della Societa italiana di antropologia medica, 3-4, 337-345, Perugia.
146. Linton, R. 1945. *Le fondement culturel de la personnalité*, ediția franceză: Paris: Éditions Dunod, 1977, 138 p. Collection *Sciences de l'éducation*, No. 11.
147. Mahieu, E. L. 1992. *Psychiatrie et biologie*, Revista Argentina de Psiquiatría, Vertex. Suplemento 1992: 35-42, versiune html preluată de la http://www.psydoc-fr.broca.inserm.fr/Ey/psybiomahieu.htm la data de 24 09 2003.
148. Mahieu, E. L. 1997. *Henri Ey, 20 anos despues*, Vertex, Revista Argentina de Psiquiatria, Vol. VIII: 155-160.
149. Mahieu, E. L., Mahieu, E. T. 1999. *Biografia. Henri Ey*, http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/textselect/eypal.htm la data de 12 07 2000.
150. Malmgren, H. 2001. *Time and the Body Schema*, Philosophical Communications, Web Series, No. 27, versiune html preluată de la http://www.findarticles.com la data de 11 02 2002.
151. Mauss, M. 1983. *Sociologie et anthropologie*, précédé d'une *Introduction à l'oeuvre de Marcel Mauss* par Claude Lévy-Strauss, 8e édition, *Quadrige*, PUF, Paris.
152. Mead, N., Bower, P. 2000. *Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature*, Social Science & Medicine, Vol. 51(7): 1087-1110.
153. Merleau-Ponty, M. 1990. *La structure du comportament*, précédé par une philosophie de l'ambiguité, par Alphonse de Waelhens, Collection *Quadrige*, PUF, Paris (prima ediție 1942).

154. Meyer, F. 1999. *BOALĂ*, în P. Bonté si M. Izard (editori) *Dicționar de etnologie şi antropologie*, traducere coordonată de Smaranda Vultur şi Radu Răutu, Editura Polirom, Iaşi, 1999: 113.
155. Mezzich, J. E., Otero-Ojeda, A. A., Lee, S. 2000. *International Psychiatric Diagnosis*, în Sadock, B.J., Sadock, Virginia A. (2000). *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*, ed. a VII-a, versiune pe CD-ROM, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.
156. Minkovski, E. 1966. *Traité de Psychopathologie*, Presses Universitaires de France, Paris.
157. Minkowski, E. 1999. *Schizofrenia. Psihopatologia schizoizilor şi schizofrenicilor*, traducere, avanprefață şi note de dr. Leonard Gavriliu, Editura IRI, Bucureşti (prima ediție 1927).
158. Mitchell, J. C. 1998. *Social network data*, în Roy Ellen (1998). *Ethnographic Research. A Guide to General Conduct*, Academic Press, London, San Diego, New York.
159. Monod, J. 1970. *Hazard şi necesitate. Eseu despre filozofia naturală a biologiei moderne*, ediția românească din 1991, traducere de Sergiu Săraru, colecția *Ştiință şi Filozofie* Editura Humanitas, Bucureşti.
160. Moutel, G., Planche, O. 2004. *Le normal et le pathologique: évolution du concept de maladie et du pathologique*, Université Paris V – Faculté Necker, Cours du 12 février 2004, versiune html preluată de la http://www.inserm.fr/ethique la data de 16 09 2004.
161. Mueller, F. L. 1970. *Histoire de la Psychologie. De l'antiquité à nos jours*, collection *Bibliothèque Scientifique*, Payot, Paris.
162. Nathan, T. 1999. *Sperma diavolului*, Editura „Jurnalul Literar", Bucureşti.
163. Nuckolls, Ch. 1997. *Allocating value to gender in official American psychiatry, part I: the cultural construction of the personality disorder classification system*, Anthropology & Medicine, Vol. 4, No. 1, pp. 45-65.
164. Oprescu, I., Yossif Vickery, A. 1998. *Anthropological significance of alternative therapies (I),* Ann. Roum. D'Anthropol., 35: 45-49.
165. Paetzold, H. 1999. *Omul*, în H. Schandelbach şi E. Martens (editori) *Filosofie. Curs de bază* (1999), traducere din limba germană coordonată de Mircea Flonta, colecția *Help*, Editura Ştiințifică, Bucureşti, p. 360.
166. Palem, R. M. 1997. *Sur les traces de Henri Ey…*, versiune html preluată de la http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/textselect/eypal.htm la data de 23 06 1999.
167. Pârvu, I. 1998. *Introducere în epistemologie*, Ediția a II-a, colecția *Collegium, Filosofie*, Editura Polirom, Iaşi.
168. Perring, Ch. 2001. *Mental Illness*. În *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*, (Winter 2002 Edition), Edward N. Zalta (ed.), versiune electronică preluată de la http://plato.stanford.edu/entries/mental-illness/ la data de 17 11 2003.
169. Pettit, Ph. 1999. *Problema urmării-de-reguli*, în J. Dancy, E. Sosa (editori) *Dicționar de filosofia cunoaşterii*, Vol. II: I-W, traducere din limba engleză de Gheorghe Ştefanov et al., colecția *Filosofie, 24*, Editura Trei, Bucureşti, 1999: 236-243.

170. Phillips, E. M., Pugh, D. S. 1994. *How to get a PhD. A handbook for students and their supervisors*, Second edition revised and updated, Open University Press, Buckingham, Philadelphia.
171. Piaget, J. 1973. *Structuralismul*, traducere de Alexandru Gheorghe, Editura Ştiinţifică, Bucureşti.
172. Pichot, P. (ed). 1981. *DSM-III et psychiatrie française*, V-VI, Paris: Masson, în Ş. Ionescu *Paisprezece abordări în psihopatologie*, 1998: 103.
173. Pichot, P. 1985. *Preface*, in Pichot, P. (ed), DSM-III et psychiatrie française, V-VI, Masson, Paris.
174. Poole Porter, F. J.1995. *Socialization, enculturation and the development of personal identity*, în Tim Ingold (1995) *Companion Encyclopedia of Anthropology*, Routledge, London & New York.
175. Popa, C. 2003. *Asertare, acceptare şi convingere*, Analele Universităţii Spiru Haret, Anul IV, Nr. 4, pp. 49-73.
176. Popescu, I. C. 1990. *Unitatea ştiinţei. Studiu monografic asupra reducţiei interteoretice şi interdisciplinare*, Editura Ştiinţifică şi Enciclopedică, Bucureşti.
177. Popper, K. R. 1997. *Cunoaşterea şi problema raportului corp-minte. O pledoarie pentru interacţionism*, editată de M. A. Notturno, traducere din engleză Florin Lobonţ, colecţia *Filosofie, 9*, Editura Trei, Bucureşti.
178. Popper, K. R. 1998. *Mitul contextului. În apărarea ştiinţei şi a raţionalităţii*, Editura Trei, Bucureşti, pp. 218-230, 235-239
179. Popper, K. R. 2001. *Conjecturi şi infirmări. Creşterea cunoaşterii ştiinţifice*, colecţia *Filosofie, 22*, traducerea din limba engleză de Constantin Stoenescu, Dragan Stoianovici, Florin Lobonţ, Editura Trei, Bucureşti.
180. Postel, J. 1998. *EY (Henry),* în J. Postel (ed) *Dicţionar de psihiatrie şi psihopatologie clinică*, traducere, avanprefaţă şi completări privind psihiatria românească de dr. Leonard Gavriliu, Editura Univers Enciclopedic, Bucureşti, p. 236.
181. Pull, C. B., Boyer, P. 1985. *Automatisation du DSM-III*, în Ş. Ionescu *Paisprezece abordări în psihopatologie*, 1998: 29
182. Reboul, A., Moeschler, J. 2001. *Pragmatica, azi. O nouă ştiinţă a comunicării*, Editura Echinox, Cluj.
183. Renaut, A. 1998. *Era individului*. *Contribuţie la o istorie a individualităţii*, traducere de Codrin Ciubotaru, prefaţă de Florin Cântec, Institutul European, Iaşi.
184. Ricoeur, P. 1995. *Eseuri de hermeneutică*, traducere de Vasile Tonoiu, Editura Humanitas, Bucureşti.
185. Rîmniceanu, R. 1978. *Prognosticul bolilor interne*, Editura Medicală, Bucureşti.
186. Rîminceanu, R. 1992. *Ghid în practica medicinii interne*, Editura Medicală, Bucureşti.
187. Romila, A. 1978. *Unele aspecte ale raporturilor dintre psihiatrie şi filozofie*, în Fl. Georgescu (sub redacţia) „Filozofie şi Medicină”, Editura Medicală, Bucureşti.
188. Romila, A. 1997. *Psihiatrie*, *Asociaţia Psihiatrilor Liberi din România*, Bucureşti.

189. Romila, A. 2004. *Psihiatrie*, ediția a 2-a revizuită, *Asociația Psihiatrilor Liberi din România*, București.
190. Rutter, M. 2002. *Gene-environment interplay in relation to emotional and behavioral disturbance*, Annual Review of Psychology, versiune html preluată de la http://www. findarticles.com/cf_0/m0961/2002_Annual/83789654/print.jhtml, la data de 10 05 2003.
191. Sacks, O. 1992. *Neurologia și sufletul*, în G. G. Constandache (editor) *Cum ne țesem Eul* 1998: 42-44.
192. Sadock, B.J., Sadock, Virginia A. 2000. *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*, ed. a VII-a, versiune pe CD-ROM, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.
193. Samacher, R. (coord). 1998. *Psychologie clinique et psychopathologie*, collection *Grand Amphy Psychologie*, Édition Bréal, Paris.
194. Saro, R. 1987. în *Henri Ey-l'homme et son oeuvre* – site-ul *Asociation pour la Fondation Henri EY*; http://www.psydoc-fr.broca.inserm.fr/textselect/assoey.htm pagină accesată la data de 02 10 1999.
195. Schnadelbach, H., Martens, E. (editori).1999. *Filosofie. Curs de bază*, traducere din limba germană coordonată de Mircea Flonta, colecția *Help*, Editura Științifică, București.
196. Schutz, A. 1962. *Sur les realités multiples*, traduit de l'anglais par Anne Noschis avec la collaboration de Denys de Caprona, *Collected Papers I* (M. Natanson, ed.), Martinus Nijhoff, The Hague, 1962: 184.
197. Searle, J. R. 2001. *Realitatea ca proiect social*, Editura Polirom, Iași.
198. Sengenès, S. 2004. *D'un genre à l'autre*, TERRAIN 2004: 81-94.
199. Simms, N. 1999. *Presentation of Henri Ey's life's work*, recenzie a cărții lui Robert Palem (1997) „*La modernité d'Henri Ey: L'organo-dynamisme*", Paris: Desclée de Brouwer, 1997, 132 p., Mentalities/Mentalités Journal, Vol. 14, No. 1, 1999, versiune html preluată de la http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/Ey/Simms_modernite.htm la data de 17 11 2003.
200. Singer, L. 1985. *DSM-III et recherché psychiatrique*, în Ionescu, Ș. *Paisprezece abordări în psihopatologie*, 1998: 29.
201. Slater, E. 1973. *The Psychiatrist in Search of Science*, Brit. J. of Psychiatry, 1973: 122, citat în H. Ey 1975: 288-290
202. Spiro, M. 1987. *Collective Reprezentations and Mental Reprezentations in Religious Symbol Systems*. In *Culture and Human Nature: Theoretical Papers of Melford E. Spiro*, B. Kilborn, L. Langness (eds). Chicago: University of Chicago Press, citată de R. D'Andrade *The Development of Cognitive Anthropology*,1995 : 228.
203. Spitzer, R. L., First, M. B., Williams, J. B. W., Kendler, K., Pincus, H. A. et al. 1992. *Now is the time to retire the term „organic mental disorder*", Am. J. Psychiatry 149: 240-44 în T. A. Widiger (2000) *ADULT PSYCHOPATHOLOGY: Issues and Controversies*, Annual Review of Psychology.
204. Stengers, I. 2001. *Inventarea științelor moderne*, traducere de Claudiu Constantinescu, Editura Polirom, Iași.

205. Sullivan, H. S. 1953. *The interpersonal theory of psychiatry*, Morton, New York, citat în Kirmayer, L., Henningsen, P. (2000) *Mind Beyond the Net: Implications of Cognitive Neuroscience for Cultural Psychiatry*, p. 484.
206. Svenaeus, F. 2003. *Das unheimliche-towards a phenomenology of illness*, Med Health Care Philos. 3 (1): 3-16.
207. Szasz, Th. 2000. *Second Commentary on „Aristotle's Function Argument"*, *Philosophy, Psychiatry, & Psychology* 7.1 (2000) 3-16, versiune html preluată de la http://muse.jhu.edu/demo/philosophy_psychiatry_and_psychology/v007/7.1szasz.html la data de 17 11 2003.
208. Tatossian, A. 1995. în P. Belzeaux (2001) *Henri Ey à Bonneval*, versiune html preluată de la http://www.ville-bonneval.fr/bonnev/ey-d.htm la data de 24 09 2003.
209. Tatossian, A. 1997. *La Phénoménologie des psychoses*, préface de Guy Darcourt, postface de Jeanne Tatossian et Jean-Claude Samuelian, 2e Édition, L'Art du comprendre, collection *Herméneutique générale, anthropologie philosophique, anthropologie phénoménologique, Daseinsanalyse*, Juillet 1997, Numéro double, hors serie.
210. Testart, A. 1986. *L'Objet de l'anthropologie sociale*, L'Homme, Paris, pp. 147-150.
211. Thornicroft, G., Tansella, M. 2001. *Modelul matriceal al sănătății mintale. Serviciile de sănătate mintală*, Cambridge University Press, Cambridge, Editura Medicală, Bucureşti.
212. Toma, V. V. 2002. *Narațiuni despre boală si modele explicative la pacienți cu depresie. Studiu de antropologie psihiatrică clinică (I)*, Psihiatria şi psihofarmacologia prezentului, Nr. 3-4.
213. Toma, V. V. 2003. *Abordarea pacientului psihic din punct de vedere antropologic*, cap. 11, pp. 240-266, în G. G. Constandache (editor) *Oglinda Conştiinței*, Editura Politehnica Press, Bucureşti.
214. Toma, V. V. 2003. *Narațiuni despre boală şi modele explicative la pacienți cu depresie. Studiu de antropologie psihiatrică clinică (II)*, Psihiatria şi psihofarmacologia prezentului, Nr. 1/2.
215. Toma, V. V. 2005. *Henri Ey. Omul şi opera*, Psihiatru.ro, Nr. 1, iulie, p. 15.
216. Toma, V. V. 2005. *„Principiul separației" între planurile semiologic şi etiologic. Consecințe asupra teoriei organo-dinamice a schizofreniei*, Psihiatru.ro, Nr. 1, iulie, pp. 12-14.
217. Toma, V. V. 2005. *Niveluri ale cercetării etnografice aplicate în antropologia psihiatrică clinică*, Psihiatria şi psihofarmacologia prezentului, Nr. 1, pp. 53-62.
218. Trujillo, M. 2000. *Cultural Psychiatry*, în Sadock, B.J., Sadock, Virginia A. 2000. *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*, ed. a VII-a, versiune pe CD-ROM, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.
219. Ursu, A., Moțoc, Fl. 1969. *Anatomie patologică*, manual pentru licee sanitare, anul III, Editura Didactică şi Pedagogică, Bucureşti.
220. Van Velsen, J. 1967. *The Extended-case Method and Situational Analysis*, în A. L. Epstein (ed) *The Craft of Social Anthropology*, 1967: 129-152.

221. Widiger, T. A. 2000. *ADULT PSYCHOPATHOLOGY: Issues and Controversies*, Annual Review of Psychology, versiune html preluată de la http://www.findarticles.com la data de 10 03 2001.
222. Worrall, J. 1998. *Science, philosophy of*. În E. Craig (Ed.) *Routledge Encyclopedia of Philosophy*, Routledge, London. Versiune electronică preluată de la http://www.rep.routledge.com/article/Q120SECT1 la data de 05 11 2003.
223. Wright, G. H. Von 1995. *Explicație şi înțelegere*, traducere de Mihai D. Vasile, notă introductivă de Mircea Flonta, seria *Ştiință şi filozofie*, Editura Humanitas, Bucureşti.
224. Wulff, H. R., Pedersen, S. A., Rosenberg, R. 1990. *Philosophy of Medicine. An Introduction*, 2nd edition, Blackwell Scientific Publications, London, Boston.
225. Young, A. 1982. *The Anthropologies of Illness and Sickness*, Ann. Rev. Anthropol. 11: 257-285.
226. Young, A. 2006. *La psychiatrie à la recherche d'un esprit post-génomique*, Sciences Sociales et Santé, 24 (1): 117-146.
227. Zarifian, E., Cuche, H. 1990. *Psychiatrie biologique*, în Th. Lempérière, Deniker, P. *Précis de psychiatrie de l'adulte*, 1990: 464.

Résumé

Cette monographie, dédiée à la pensée théorique et clinique du psychiatre français Henri Ey (1900-1977), représente une partie significative de notre thèse de doctorat en médecine, ayant pour titre: „Le système psychique normal et pathologique dans la conception de Henri Ey”. La thèse reflète l'effort fait, pendant deux années pour pénétrer l'essence de la conception théorique élaborée par le Maître de Bonneval et de la réduire à ses éléments, puis de la reconstruire en tant que système conceptuel intégré et cohérent.

Apres l'effort de reconstruction raisonnable de la *conception théorique* élaborée par Henri Ey et aussi, de la conception clinique qui en dérive, je réussis a maître en évidence clairement et distinctement, plusieurs aspects qu'on va grouper de la façon suivant:
A: les bases philosophique de la conception théorique proposée par Henri Ey;
B. les bases anthropologiques de la conception théoriques proposée par Henri Ey;
C. les théories composantes de la conception théoriques proposée par Henri Ey
D. la structure de la clinique organo-dynamique

En ce qui concerne les bases philosophiques, on a examine et formule explicitement les fondements ontologiques et épistémologiques de la conception théoriques, extrêmement complexe formulée par Henri Ey. On a , ainsi mis en évidence la conception réaliste et naturaliste concernant la nature de la réalité et aussi la structure hiérarchique et stratifiée propre à cette conception ontologique pluraliste. La conception pluraliste et hiérarchique de l’ontologie de l’humain fut mise en relation avec la conception ontologique sur la nature du psychique, avec le problème esprit – corps et avec le problème de la situation du psychique humain dans ses rapports avec le corps physique. Aussi, le model ontologique pluraliste et hiérarchisant de la nature humaine fut mis en relation avec la conception de Henri Ey concernant la nature de la maladie et surtout de la maladie mentale.

Du point de vue épistémologiques, on a examine systématiquement les directions de recherche épistémologique vers lesquelles Henri Ey dirigea ses efforts pendant sa carrière. C’est a dire, des recherches de type „science de la science” qui ont eu comme objet l’histoire épistémologiques de la médecine et respectivement de la science psychiatrique, à coté des recherches de type métascientifique, qui ont eu comme objet la scientificité de la psychiatrie, la nature de la science psychiatrique, le problème de la démarcation entre science et non-science ou le problème complexe des rapports de la psychiatrie avec d’autres disciplines médicales ou non-médicales. Dans ce contexte, d’une importance totalement a part pour la recherche réalisée par ce travail furent les analyses concernant l’objet de la psychiatrie et les rapports entre celle-ci et les objets de la médecine somatique, de la neurologie, de la psychologie, ou des sciences sociales (sociologie et anthropologie). Une autre direction de notre analyse concernant les démarches épistémologiques de Henri Ey est représentée par la recherche phénoménologique de fondements de la psychiatrie. On met ainsi en

relation le projet organo-dynamique de synthèse de la psychiatrie entière, la conception sur la psychiatrie comme „science eidétique”, l’essence phénoménologique du fait psychopathologique et les thèses de la conception organo-dynamique.

En ce qui concerne les bases anthropologiques, la recherche de Henri Ey se développe en deux directions, à savoir dans l’espace de l’anthropologie philosophique de type existentialiste, mais aussi dans l’espace de l’anthropologie scientifique. On arrive à une conception qui met l’accent sur l’individu humain en tant que personne, pour la compréhension de laquelle un rôle très important jouent les concepts d’organisation hiérarchique, d’auto-construction, et de normativité. On peut résumer ainsi ce que nous avons voulu maître en évidence: la conception anthropologique adoptée par Henri Ey a des conséquences importantes sur la modalité de comprendre le patient dans l’organo-dynamisme et aussi, sur la structure de la fiche d’observation clinique propre à cette orientation théorique.

En ce qui concerne les théories composantes de la conception théorique proposées par Henri Ey, l’analyse systématique et compréhensive que nous entreprîmes, distingua plusieurs niveaux, situes dans des champs disciplinaires différents. Ce sont de constructions extrêmement élaborées, que nous avons ordonnées de la façon suivante: La théorie psychologique et la théorie psychiatrique. A leur tour, ces grandes théories sont composées de théories plus petites, car dans son effort presque obsessif de ne pas laisser de cote aucun détail, Henri Ey re-définit et théorise chaque élément des grandes théories de la structure de sa conception synthétique. Par exemple, la théorie psychiatrique commence par la redéfinition du concept de maladie mentale, en continuant ensuite avec les théories sur le symptôme, syndrome, structure psychopathologique, des théories sur l’étiologie et la pathogénie, sur le diagnostic, pronostic et thérapie dans l’organo-dynamisme. La théorie psychologique re-définit le domaine disciplinaire et l’objet de la science psychologique, propose une théorie sur la structure psychique et aussi sur les dimensions syncrone et dyacrone du corps psychique,ou sur la topique et la dynamique de celle-ci.

En ce qui concerne la structure de la clinique organo-dynamique, les analyses entreprises par nous en partant des textes de Henri Ey mettent en évidence premièrement les composants fondamentaux de celle-ci: les professionnels de la santé concernes, le patient et le dossier clinique. Deuxièmement, il organise la clinique sur deux axes:

- l’axe cognitive (i.e. la connaissance psychiatrique clinique) avec ses objectifs: description, compréhension / explication, prédiction et avec ses étapes: collection des dates, analyse et interprétation des dates cliniques et paracliniques.
- l’axe pratique (i.e. thérapie, soin et assistance accordées aux patient psychique) avec ses objectifs: guérison, amélioration, croissance de la qualité de la vie, réintégration sociale et avec ses moyens: pharmacothérapie, psychothérapie.

En regardant de plus près, on se rend compte que l'organo-dynamisme ne doit pas être compris comme une théorie psychiatrique parmi les autres. Comme synthèse théorique, elle représente beaucoup plus, étant, comme le démontre son créateur lui-même, une conception globale de l'entière Psychiatrie, conception qui articule un grand nombre de théories, situées a des niveaux ontologiques différentes et aux niveaux de généralité différentes.

Premièrement, l'organo-dynamisme délimite l'objet propre de la psychiatrie, le différencie des objets des disciplines médicales et extra-médicales voisines, établit les limites de la discipline, organise sous forme de thèses les principaux énonces théoriques qu'il considère vraies, établit les principes méthodologiques qui gouvernent les méthodes et les techniques de connaissance appropriées à l'objet de la psychiatrie, établit les types d'objectivité que peut prétendre / atteindre la connaissance clinique psychiatrique.

Deuxièmement, comme le montrait récemment Georges Lantéri-Laura (2003) l'organo-dynamisme fait partie de la dernière grande „paradigme" de l'histoire de la psychiatrie, son effort de synthèse n'étant pas encore dépassé par une autre conception théorique. G. Lantéri-Laura est d'avis que, après 1997 (l'an de la mort de Henri Ey !), aucune grande conception unitaire ne parut plus dans la Psychiatrie, celle-ci commençant à être dominée par le DSM américain qui, par son „athéorisme" auto-proclamant même n'offrit q'un instrument pour la standardisation de l'observation clinique et du diagnostic.



Valentin - Veron TOMA este cercetător în cadrul **Institutului de Antropologie ”Francisc I. Rainer” al Academiei Române**
E-mail: valitoma2001@yahoo.com

STUDII:

Doctor în ştiinţe medicale. Facultatea de Medicină Generală, Universitatea de Medicină şi Farmacie „Carol Davila”, Bucureşti. Specialitatea: psihiatrie. 2006. Lucrarea: „*Sistemul psihic normal şi patologic în concepţia lui Henri Ey*” Conducător ştiinţific: Prof. Dr. Aurel Romila.

Master în Antropologie şi Dezvoltare Comunitară. Şcoala Naţională de Studii Politice şi Administrative, Bucureşti. Specialitatea: antropologie psihiatrică. 2002. Lucrarea: ”*Modelele explicative ale bolii la pacienţi cu depresie. Repere pentru o abordare antropologică a pacientului psihic*”,
Conducător ştiinţific: Prof. Dr. Vintilă Mihăilescu.

IBRO Course in Neuroscience. Universitatea Bucureşti în colaborare cu Stanford University School of Medicine, USA, 3-12 mai 2004.

Curs postuniversitar de perfecţionare. ‘Antropologie medicală’. Centrul de Cercetări Antropologice ”Francisc I. Rainer”, Policlinica Medicală a Universităţii din Lausanne (Elveţia) şi Institutul de Biologie Umană al Universităţii din Hamburg (Germania). 2002.

Curs postuniversitar de perfecţionare. ‘Antropologie genetică şi demografică’. Centrul de Cercetări Antropologice „Fr.I.Rainer”, Bucureşti, şi Universitatea ”Victor Segalen”, Bordeaux – 2, (Franţa). 1999.

Curs de „Istoria ştiinţei” organizat de Comitetul Român de Istoria şi Filosofia Ştiinţei şi Tehnicii (CRIFST) din Academia Română. 1999.

Curs perfecţionare: INTERNET la Casa Academiei Române, Sectia de stiinta şi tehnologia informaţiei, Centrul pentru Cercetări Avansate în Învăţarea Automată, Prelucrarea Limbajului Natural şi Modelarea Conceptuală. 1999.

Licenţa în Medicină. Facultatea de Medicină Generală, Universitatea de Medicină şi Farmacie „Carol Davila”, Bucureşti. 1996.

FUNCȚII:

Cercetător ştiințific, Centrul de Cercetări Antropologice „Fr. I. Rainer” al Academiei Române. 2005 – prezent.

Consultant formare în cadrul Institutului Național de Cercetare-Dezvoltare în Sănătate (INCDS) Bucureşti (iulie – decembrie 2004).

Asistent cercetare, Centrul de Cercetări Antropologice „Fr. I. Rainer” al Academiei Române. 1997 - 2005

ACTIVITATE CERCETARE :

2007. Cercetare documentară în cadrul bibliotecilor universitare ale *Université de Montréal* şi *McGill University*, din Montréal (Canada) pentru proiectul de cercetare în rețea: *Le sens commun réformateur, les nouvelles technologies informatiques et la transformation post-socialiste du système de santé roumain (dans le contexte de l'élargissement européen et de la globalisation).* Sejurul la Montréal s-a desfăşurat pe o perioadă de o lună de zile (20.05. 2007 – 20.06.2007).

2007. Cercetare documentară privind stagiul de pregătire doctorală la Paris (1863-1865) a lui Alexandru Sutzu (1837-1919), fondatorul psihiatriei ştiințifice moderne, în România (Biblioteca Facultății de Medicină din Paris, Université « René Descartes », Paris V; Centre Historique des Archives Nationales; Archives de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris). 01.05. 2007 – 12.05.2007.

2007. Cercetare documentară în cadrul bibliotecii universitare medicale de la Université « René Descartes », Paris V şi Bibliothèque Médicale Henri Ey din cadrul Centre Hospitalier Sainte-Anne din Paris (Franța). 01.05. 2007 – 12.05.2007.

2007. Cercetător participant la proiectul de colaborare în rețea, pe perioada 2006-2007: *Le sens commun réformateur, les nouvelles technologies informatiques et la transformation post-socialiste du système de santé roumain (dans le contexte de l'élargissement européen et de la globalisation)*.

2006. Cercetare documentară în cadrul bibliotecilor universitare ale *Université de Montréal* şi *McGill University*, din Montréal (Canada) pentru proiectul de cercetare în rețea: *Le sens commun réformateur, les nouvelles technologies informatiques et la transformation post-socialiste du système de santé roumain (dans le contexte de l'élargissement européen et de la globalisation).* Sejurul la Montréal s-a desfăşurat pe o perioadă de o lună de zile (01.01. 2006 – 01.02.2006).

2005. Cercetător participant la proiectul de colaborare în rețea, pe perioada 2005-2006: *Le sens commun réformateur, les nouvelles technologies informatiques et la transformation post-socialiste du système de santé roumain (dans le contexte de l'élargissement européen et de la globalisation)*. Proiectul, conceput împreună cu Dr. Elena Sabina Stan (Université de Montréal) face parte din rețeaua *Cultures, identité et dynamiques sociales* propusă de Agence Universitaire de la Francophonie (AUF). Proiectul este finanțat de Agence Universitaire de la Francophonie (AUF) cu sediul în Montréal (Canada). Responsabil ştiinţific: Profesor *Jean-Louis DENIS*. *Convention P2-2092RR509* entre l'Université de Montréal (Canada) et l'Agence Universitaire de la Francophonie (AUF) de Montréal (Canada).

2005. Colaborator la cercetarea de teren : *Studiul ofertei de servicii de specialitate în sănătatea reproducerii, ale principalelor clinici private din Bucureşti*, conducător Drd. Cipriana Mihăescu-Pinția (Institutul Național de Cercetare-Dezvoltare în Sănătate, Bucureşti).

2004 Colaborator la cercetarea de teren : *Forme de sociabilitate la adolescenți*, conducător Dr. Radu Răutu, Centrul de Cercetări Antropologice „Fr. I. Rainer" al Academiei Române.

2004 Colaborator la cercetarea de teren: *Transparența în sistemul de sănătate din România*, conducător Dr. Sabina Elena Stan (Université de Montréal). Finanțat de AUF (Montréal, Canada).

2003 Cercetător principal la proiectul: *Toxicomania – credințe şi practici culturale. Studiu de caz.* Clinica a XVI-a a Spitalului Clinic de Psihiatrie "Prof. Dr. A. Obregia", Bucureşti.

2003 Cercetător participant la proiectul: *Cercetarea biomedicală a unor populații dintr-o zonă rurală de altitudine. Studiu antropologic comparativ pe cicluri de viață în Culoarul Bran- Braşov.* Responsabil: Dr. Eleonora Luca. Finanțat de Academia Română.

2003 Cercetător participant la proiectul: *Sociabilitatea în tranziție*. *Forme de sociabilitate în mediul urban actual* – Colectivul de Antropologie socială, conducător: Dr. R. Răutu.

2002 Cercetător participant la proiectul: *Metamorfozele sacrului* - Colectivul de Antropologie socială, conducător Dr. R. Răutu.

2001 Cercetător participant la proiectul: *Starea de sănătate, biologie şi viață socială la vârsta senectuții. Studiu antropologic în câteva comunități din*

mediul rural, responsabil Dr. C. Vulpe. Finanţat de Ministerul Educaţiei şi Cercetării.

2000 – Cercetător participant la studii de teren antropologice în două localităţi rurale din jud. Maramureş (Sârbi şi Ieud).

2000 – Cercetător participant la proiectul: *Cercetări antropo-medicale pe vârstnici şi longevivi din mediul rural*", responsabil Dr. C. Vulpe. Finanţat de ANSTI.

1999-2000 – Colaborator extern la GRANT ANSTI (Inst. Cantacuzino),

1999-2000 – Cercetător participant la proiectul: *Cercetarea biomedicală a familiei. Studiu antropologic asupra unor familii din populaţii româneşti*, responsabil Dr. C. Vulpe. Finanţat de ANSTI.

1997 –1998 – Cercetător participant la GRANT (MCT): *Studiul influenţei factorilor sonori şi auditivi asupra subiecţilor umani, în vederea ameliorării mediului acustico-vizual*, responsabil Prof. Dr.Gheorghe Ştefan, Facultatea de Electronică şi Telecomunicaţii, Bucureşti.

<u>ACTIVITATE DIDACTICĂ</u>:

2004. Lector invitat: *Antropologie medicală aplicată în promovarea sănătaţii*. Notele de curs au fost introduse în suportul de curs pentru modulul de „Promovarea sănătăţii" din cadrul *Cursului de Competenţă în Managementul Serviciilor de Sănătate*, seria a 11-a, iunie 2004.

2004 - 2003. Lector invitat. *Corpul şi mersul ca obiecte de studiu în antropologia medicală*. Cursul: *Istoria mentalităţilor*, Facultatea de ştiinţe ale comunicării, Universitatea Bucureşti.

2003. Cursuri şi seminarii de *Antropologie psihiatrică şi etnopsihiatrie* în cadrul modulului de *Etnopsihologie*, Master de Antropologie, Şcoala Naţională de Ştiinţe Politice şi Administrative (SNSPA), Bucureşti.

2002 Cursuri şi seminarii de *Etnopsihiatrie* în cadrul modulului de *Etnopsihologie,* Masterul de Antropologie de la SNSPA, Bucureşti, titular Prof. Dr. V. Mihăilescu.

2001 Cursuri şi seminarii ţinute în cadrul modulului de *Istoria ideilor antropologice* din programa pentru Masterul de Antropologie şi Dezvoltare Comunitară, SNSPA, Bucureşti, condus de Prof. Dr. V. Mihăilescu.

<u>LUCRĂRI ŞTIINŢIFICE COMUNICATE:</u> 31 (30 lucrări comunicate; 1 lucrare în curs de comunicare)

<u>LUCRĂRI ŞTIINŢIFICE PUBLICATE:</u> 27 (24 articole publicate în reviste; 3 capitole publicate în volume colective)

<u>ALTE LUCRĂRI PUBLICATE</u>: 1 (1 articol în ziarul ADEVĂRUL)

<u>CĂRŢI</u>: 1 carte publicată ; 3 cărţi sub tipar

<u>TRADUCERI:</u>

2002 - *„Filosofie şi Ştiinţe Cognitive",* G.G.Constandache (coord), Editura Matrix Rom, Bucureşti, capitole traduse din limba franceză.
2001 - „*Hermeneutica şi ontologia calculatoarelor*", coordonatori Conf. Dr. G.G.Constandache şi Conf. Dr. Şt. Trăuşan-Matu (4 capitole traduse din limbile franceză şi engleză),

<u>CONFERINŢE:</u>

„*O critică a medicalizării problemelor legate de vagabondaj, homelessness şi sărăcie extremă*", conferinţă susţinută în cadrul: „Dezbatere în jurul apariţiei în 2005 la Editura Paralela 45 a volumului *Bucureştiul subteran. Cerşetorie, delincvenţă, vagabondaj*, coordonat de istoricul Adrian Majuru". Muzeul de Istorie a Municipiului Bucureşti, 18 februarie 2006.

"Câteva reflecţii privind clonarea umană din perspectivă biomedicală şi antropologică", "Dialogurile Academiei Caţavencu", Fundaţia Academia Caţavencu, Bucureşti, 15 ianuarie 2003.

„*Câteva consideraţii asupra alcoolismului*", conferinţă susţinută în cadrul şcolii de vară „*Fin et commencement. De l'événement en sciences humaines*", Cluj, Beliş, 2000.

<u>PARTICIPARE LA ORGANIZAREA DE CONFERINŢE:</u>

Participare la organizarea şi desfăşurarea manifestării : Simpozion aniversar şi masă rotundă organizate cu ocazia Aniversării a 65 de ani de la înfiinţarea Institutului de Antropologie „Francisc I. Rainer", cu tema : *„Antropologia românească în pragul integrării europene-oportunităţi în societatea noastră"*, Bucureşti, 7 decembrie 2005.

Organizator participant, a VI-a Conferinţă anuală a Societăţii de Antropologie Culturală din România, *"Memoria şi moştenirea comunismului"*, Bucureşti, 8-10 noiembrie 2002.

Participare la organizarea şi desfăşurarea Sesiunii anuale a Societății de Antropologie Culturală din România (2001).

Participare şi colaborare la Şcoala de Vară „*Fin et commencement. De l'événement en sciences humaines*", Cluj, Beliş, 2000.

Membru în colectivul de organizare al Conferintei cu participare internațională „*Secolul XXI şi provocările Antropologiei*", Bucureşti-Sinaia, 1998.

PARTICIPARE LA EMISIUNI RADIO:

Invitat la emisiunea de format talk-show „Chef de vorbe", difuzată pe data de 24 11 2006 la Radio România Cultural, realizator-moderator Daniela Vasile. Tema: *Ce citim?*

Invitat la emisiunea de format talk-show „Chef de vorbe", difuzată pe data de 22 09 2006 la Radio România Cultural, realizator-moderator Daniela Vasile. Tema: *Talk-show-ul de radio, ca emisiune culturală.*

Interviu cu Mirela Nicolae, realizator-coordonator la Radio România Cultural, în cadrul emisiunii „*Suferințele culturii*". Emisiunea a fost difuzată pe data de 22 09 2006, orele 9.00 – 9.05.

Interviu cu Mirela Nicolae, realizator-coordonator la Radio România Cultural, în cadrul emisiunii „*Învățământul azi*". Tema emisiunii: *Cerşetorie, vagabondaj şi delincvență în rândul minorilor*. Interviul a fost difuzat în două episoade: 19 08 2006, 02 09 2006., orele 11.00 – 11.30.

Invitat special la emisiunea „*Idei în nocturnă, idei care au schimbat lumea*", Seria tematică „Teorii controversate", difuzată de Postul Radio România Cultural. Realizatorii emisiunii sunt Daniela Vasile (realizator radio) şi Dorel Marian Ruşti (cercetător ştiințific în cadrul Muzeului Național de Istorie Naturală „Grigore Antipa", Bucureşti). Tema emisiunii: „*Mimetism şi homocromie în lumea animală şi umană*.". Difuzată pe data de 29 iunie 2006, orele 22.10 – 22.50.

Invitat special la emisiunea „Idei în nocturnă, idei care au schimbat lumea", Seria tematică „Teorii controversate", difuzată de Postul Radio România Cultural. Realizatorii emisiunii sunt Daniela Vasile (realizator radio) şi Dorel Marian Ruşti (cercetător ştiințific în cadrul Muzeului Național de Istorie Naturală „Grigore Antipa", Bucureşti). Tema emisiunii: „Evoluția limbajului articulat la om". Difuzată pe data de 16 iunie 2006, orele 22.10 – 22.50.

ALTE ACTIVITĂȚI PROFESIONALE:

2003 – colaborare cu *Cabinetul de asistență informatizată în kinetoterapie* din cadrul Academiei Naționale de Educație Fizică şi Sport (ANEFS), Bucureşti, în vederea evaluării pacienților din punct de vedere antropologic-medical şi cu scopul de a constitui o fişă de observație specială care să includă date privitoare la aspectele sociale şi culturale ale experienței de boală (formularea culturală).

2000 –2001 – membru în colectivul de organizare al Expoziției „Rainer" deschisă la Galeriile Catacomba (decembrie – februarie).

AFILIERI LA SOCIETĂȚI ŞTIINȚIFICE:

2007 – membru al **Réseau de chercheurs "Diversité des expressions culturelles et artistiques, et mondialisation"**, organizată de Agence Universitaire de la Francophonie (AUF) din Montréal (Canada) – poziția 2800;
2007 – membru al **International Working Group on the History of Bio-Medicine and Racial Sciences in Central and Southeast Europe, XIX and XX Centuries (RSCSE)**, Oxford Brookes University (UK);
2003 – membru al **Federației Române de Inginerie Biomedicală** (FRIB).
2003 - membru al **Asociației Psihiatrilor Liberi din România** (APLR), societate afiliată la Asociația Mondială de Psihatrie (*World Psychiatric Association*).
2001 - membru al **Societății de Antropologie Culturală din România** (SACR).

LUCRĂRI ŞTIINȚIFICE PUBLICATE:

- **Valentin-Veron Toma** *170 de ani de la naşterea lui Alexandru Sutzu (1837-1919) – fondatorul psihiatriei moderne în România,* **Academica,** Anul XVII, Nr. 64-65, iulie-august, 2007 (sub tipar).
- **Valentin-Veron Toma** *Iresponsabilitatea şi psihiatria judiciară*, **Medical Update**, Nr. 2, 2007 (sub tipar).
- **Valentin-Veron Toma** *Câmpul disciplinar al antropologiei medicale – definiția şi obiectul de studiu,* **Revista Medicală Română**, Nr. 1, 2007, pp. 6-8.
- **Valentin-Veron Toma** *Iresponsabilitatea şi deschiderile interdisciplinare ale psihiatriei judiciare. O lectură antropologică* (recenzie), **Revista Medicală Română**, Nr. 1, 2007, pp. 63-66.
- **Valentin-Veron Toma** *Trendul neo-jacksonian în psihiatria contemporană şi actualitatea concepției organo-dinamice a lui Henri Ey*, **Psihiatru.ro**, Nr. 7, 2007, http://www.presspro-psihiatru.ro/article--x-Sinteza-
- **Valentin-Veron Toma** *Principii în nosologia organo-dinamică a lui Henri Ey,* în volumul Congresului de Istoria Medicinii **(*A XXXVIII-a Reuniune Națională de Istoria Medicinei şi a XIII-a Reuniune Națională de Istoria Farmaciei*), Braşov, 5 - 7 mai 2006, pp. 457-474.**
- **Valentin-Veron Toma** *Etapele gândirii lui Henri Ey reflectate în opera sa. Repere tematice*, în volumul Congresului de Istoria Medicinii **(*A XXXVIII-a Reuniune***

***Națională de Istoria Medicinei şi a XIII-a Reuniune Națională de Istoria Farmaciei*), Braşov, 5 – 7 mai 2006, pp. 434-456.**

•**Valentin-Veron Toma**, *Niveluri ale cercetării etnografice aplicate în antropologia psihiatrică clinică*, **Psihiatria şi psihofarmacologia prezentului**, Nr. 1, 2005, pp. 53-62.

•**Valentin-Veron Toma**, *„Principiul separației” între planurile semiologic şi etiologic. Consecințe asupra teoriei organo-dinamice a schizofreniei*, **Psihiatru.ro**, Nr. 1, iulie 2005, pp. 12-14.

•**Valentin-Veron Toma**, *Henri Ey. Omul şi opera*, **Psihiatru.ro**, Nr. 1, iulie 2005, p. 15.

•R. Răutu, Viorica Nicolau**,** B. Nicolau**, Valentin-Veron Toma,** M. Ghiorghiu, *Une dynamique socio-culturelle en transition. Sociabilité et dé-ritualisation*, **Annuaire Roumain d'Anthropologie**, Tome 42/2005, pp. 161-168.

•R. Răutu, V. Mihăilescu, V. Nicolau, M. Ghiorghiu**, Valentin-Veron Toma,** *La mémoire médiathiqu : un cas de nouvelle ritualisation*, **Études roumaines et aroumaines (Studii româneşti si aromâneşti),** collection *Sociétés européenes*, Tome 25**,** Paris-Bucarest, No. IX, 2005, pp. 37-43.

•**Valentin-Veron Toma,** *Dosarul medical informatizat al pacientului în era e-Health*, **Management în sănătate**, nr. 3, 2004, pp. 36-40, Bucureşti.

•Radu Răutu, Viorica Nicolau, Mircea Ghiorghiu**, Valentin-Veron Toma,** *Création et involution. Coordonnées populaires de l'éxperience du sacré*, **Études et documents balkaniques et mediterranéens**, Paris, No. 27, 2004, pp. 45-54.

•**Valentin-Veron Toma, N. N. Marcu,** *Personalitate, caracter şi caracteropatii în organo-dinamismul lui Henri Ey,* **Psihiatru.ro,** Nr. 3, 2004, http://www.presspro-psihiatru.ro/article

•**Valentin-Veron Toma,** Călin Andrei**,** *Considerații antropologic-medicale asupra mersului uman normal şi patologic,* The IV-th Conference of Biomedical Engineering with International Participation – *INGIMED –2003: Advanced Technologies in Health Care*, Bucharest 20 – 21 November 2003, **Proceedings** – ISBN 973-8408-15-7.

•**Valentin-Veron Toma,** *Narațiuni despre boală şi modele explicative la pacienți cu depresie. Studiu de antropologie psihiatrică clinică (II)*, **Psihiatria şi psihofarmacologia prezentului**, 1/2 2003.

•R. Răutu, V. Mihăilescu*,* V. Nicolau, M. Ghiorghiu**, Valentin-Veron Toma,** *L'expérience du sacré dans la société roumaine actuelle***, Annuaire Roumain d'Anthropologie**, Tome 39, 2002 (apărut 2003).

•**Valentin-Veron Toma**, *Narațiuni despre boală si modele explicative la pacienți cu depresie. Studiu de antropologie psihiatrică clinică (I)*, **Psihiatria şi psihofarmacologia prezentului**, 3-4, 2002;

•**Valentin-Veron Toma**, Recenzie a cărții „*Către sănătatea perfectă. O istorie a utopismului medical*”, autor Dr. Gheorghe Brătescu. Recenzia a fost publicată în *Annuaire de la Société Roumaine d'Anthropologie Culturelle*, SACR, 2001

- Eleonora Luca, C. Vulpe, **Valentin-Veron Toma**, M. Radu, Monica Petrescu, *Données concernant la pathologie de la population du Couloir Bran-Braşov*, **Ann. Roum. Anthropol.,** Tome 38, Bucarest, 2001
- **Valentin-Veron Toma** , *Antropologia conştiinţei şi conştiinţa antropologiei*, **Columna** nr.3, iulie-septembrie 1999.
- Cornelia Guja, Diana Daroczi, Cristina Boanţă, **Valentin-Veron Toma**, *Integrarea omului în natură. Aspecte de antropologie ecologică* (partea II), **Studii şi Cercetări de Antropologie**, 1998, 35, Bucureşti
- Cornelia Guja, **Valentin-Veron Toma**, Diana Daroczi, Adriana Nica, *Aspecte antropologice asupra corelării dintre starea de oboseală şi starea de stress*, **InfoMedica**, 1997, Nr. 8, pp. 26-28.

ARTICOLE ÎN VOLUME COLECTIVE

•**Valentin-Veron Toma,** *Antropologia medicală, disciplină de graniţă* în volumul ***Filosofia lui BA. Încercare asupra spiritului ştiinţelor contemporane,*** coordonat de G. G. Constandache, Ed. Amaltea, Bucureşti, 2007, pp. 74-100

•**Valentin-Veron Toma,** *Sistemul cognitiv si antropologia* **în** vol. ***Ingineria şi filosofia sistemelor cognitive*****,** coordonat de G.G.Constandache şi Ştefan Trăuşan-Matu**,** Ed. Matrix Rom, Bucureşti, 2003, pp. 156-182.

•**Valentin-Veron Toma,** *Abordarea pacientului psihic din punct de vedere antropologic,* cap. 11, pp. 240-266, în volumul colectiv ***Oglinda Conştiinţei***. Editura Politehnica Press, Bucureşti, 2003, ISBN 973-8449-04-9.

CĂRŢI PUBLICATE

•**Valentin-Veron Toma, Adrian Majuru (coord).** 2006. *Nebunia. O antropologie istorică românească*, colecţia *Bucureştiul subteran,* Editura Paralela 45, Piteşti (560 p).

CĂRŢI ÎN CURS DE PUBLICARE

•**Valentin-Veron Toma, (coord).** *Bătrâneţea. O istorie a studiilor biomedicale româneşti*, colecţia *Bucureştiul subteran.* Editura Paralela 45, Piteşti (apariţie programată în 2007)

•**Valentin-Veron Toma (editor).** *Alienatul în faţa ştiinţei şi a societăţii*, autor Alexandru Şutzu (1877) – reeditare. Studiu introductiv şi note de Dr. Valentin-Veron Toma, Editura Paralela 45, Piteşti (apariţie programată în 2007).

•**Valentin-Veron Toma, Anamaria Ross**, *Dicţionar esenţial de antropologie medicală*, Editura Paralela 45, Piteşti (apariţie programată în 2009)

•**Valentin-Veron Toma, Anamaria Ross**, *A concise dictionary of medical anthropology*, Editura Paralela 45, Piteşti (apariţie programată în 2009)

VALENTIN-VERON TOMA n. 4 avril 1970
EXPERIENCE PROFESSIONNELLE
• Dates (de – à) [De mai 2005 a présent] • Nom et adresse de l'employeur Institut d'anthropologie „Fr. I. Rainer" de l 'Académie Roumaine, Boulevard Eroii Sanitari, No. 8, C. P. 35-13, 050474, Secteur 5, Bucarest, Tel. (004)-021-317 50 72, Fax. (004)-021-317 50 72 • Type ou secteur d'activité Recherche scientifique en anthropologie médicale et socio-culturelle • Fonction ou poste occupé Chercheur scientifique • Principales activités et responsabilités Participations aux projets de recherche sur le terrain en anthropologie socio-culturelle et en anthropologie médicale, surtout en anthropologie psychiatrique Participations aux projets de recherche en réseau, financés par L' Agence Universitaire de la Francophonie (Montréal, Canada) Recherches bibliographiques sur des thèmes d'anthropologie médicale a L' Université de Montréal et McGill University (Montréal, Canada) Publication et communication des travaux scientifiques
• Dates (de – à) [De juin 2004 a décembre 2004] • Nom et adresse de l'employeur Institutul Național de Cercetare-Dezvoltare în Sănătate – INCDS (Institut National de Recherche-Developpement en Santé), Rue Vaselor, No. 31, Secteur 2, Bucarest, Tel. (004)-021- 252 78 93, Fax. (004)-021-252 30 14, www. incds.ro • Type ou secteur d'activité Département de formation et consultation. • Fonction ou poste occupé

Consultant à la formation
• Principales activités et responsabilités

Cours et séminaires d ‘anthropologie médicale
Participation aux projets de recherche en santé publique

• Dates (de – à)
[De juillet 1997 a décembre 2004]

• Nom et adresse de l'employeur
Centre de recherches anthropologiques „Fr. I. Rainer” de l ‘Académie Roumaine, Boulevard Eroilor Sanitari, No. 8, C. P. 35-13, 050474, Secteur 5, Bucarest, Tel. (004)-021-317 50 72, Fax. (004)-021-317 50 72.

• Type ou secteur d’activité
Recherche scientifique en anthropologie médicale et socio-culturelle

• Fonction ou poste occupé
Assistant de recherche

• Principales activités et responsabilités
Recherches bibliographiques sur des thèmes d’anthropologie médicale
Participations aux projets de recherche sur le terrain en anthropologie socio-culturelle et
en anthropologie médicale, surtout en anthropologie psychiatrique
Publication et communication des travaux scientifiques

EDUCATION ET FORMATION

• Dates (de – à)
[1998 - 2006]

• Nom et type de l'établissement dispensant l'enseignement ou la formation
Université de Médecine et de Pharmacie „Carol Davila”, Bucarest, Roumanie

• Principales matières/compétences professionnelles couvertes
Recherches doctorales sur le thème „Le système psychique normal et pathologique dans la conception d”Henri Ey”

- Recherche universitaire sur la psychiatrie française, sur les bases épistémologiques de l l‘observation clinique en psychiatrie et sur la structuration du dossier médical à partir d’une conception théorique (en particulier, l’organo-dynamisme d’Henri EY)
- Psychologie médicale

- Philosophie de la médecine
- Anthropologie psychiatrique

• Intitulé du certificat ou diplôme délivré
Diplôme en cours de préparation :
Doctorat en médecine, *Summa Cum Laudae*, spécialité : Psychiatrie

• Niveau dans la classification nationale (le cas échéant)
-

• Dates (de – à)
[2000 - 2002]

• Nom et type de l'établissement dispensant l'enseignement ou la formation
École Nationale d'Études Politiques et Administratives (SNSPA), Bucarest

• Principales matières/compétences professionnelles couvertes
Histoire des idées dans l 'anthropologie sociale
Séminaire de méthodologie de la recherche
Anthropologie politique
Anthropologie économique
Anthropologie symbolique

• Intitulé du certificat ou diplôme délivré
Diplôme de maîtrise (M.A.) Anthropologie et développement communautaire

• Niveau dans la classification nationale (le cas échéant)

• Dates (de – à)
1990 - 1996

• Nom et type de l'établissement dispensant l'enseignement ou la formation
Université de Médecine et de Pharmacie „Carol Davila", Bucarest, Roumanie

• Principales matières/compétences professionnelles couvertes

• Intitulé du certificat ou diplôme délivré
Diplôme de licence en médecine, spécialité : Médecine Générale